

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL MINISTÉRIO DA
SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA - DAB FORMAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA E EDUCAÇÃO NA SAÚDE – ESPECIALIZAÇÃO EM
SERVIÇO UFRGS**

**Construção da inclusão do *Consultório na Rua* no Programa Saúde mais Perto
de Você – acesso e qualidade: elementos para o instrumento de avaliação
externa**

ESTELA MARIS GRUSKE JUNGES

Brasília, agosto de 2014.

ESTELA MARIS GRUSKE JUNGES

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, apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul em parceria com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Orientador: Me. Allan Nuno Alves de Sousa.

Coorientador: Dr. Ricardo Burg Ceccim.

Brasília, agosto de 2014.

Folha de Aprovação

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E EDUCAÇÃO NA SAÚDE –
ESPECIALIZAÇÃO EM SERVIÇO UFRGS

AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Título: Construção da inclusão do *Consultório na Rua* no Programa Saúde mais Perto de Você – acesso e qualidade: elementos para o instrumento de avaliação externa

Estela Maris Gruske Junges.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em / / .

Orientador: Me. Allan Nuno Alves de Sousa – Coordenador da Coordenação Geral de Avaliação e Acompanhamento, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde.

Coorientador: Dr. Ricardo Burg Ceccim – Professor Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Avaliador: Marcelo Pedra – Consultor da Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde.

AGRADECIMENTOS

Aos meus colegas e amigos sanitaristas, Bruna Cunha, Euzeli Araújo, Guilherme Muller, Paulo Gomes e Raíssa Barbieri, a quem hoje posso chamar de Família Saúde Coletiva,

A equipe de Consultório na Rua, Cristiane Medeiros, Marcelo Pedra e Rosana Ballestero pelo trabalho em equipe e por acreditarem numa sociedade mais justa com menos inequidades em saúde,

Ao Ricardo Burg Ceccim por mais uma parceria (que venha outras),

E ao meu orientador, Allan Nuno, pelo apoio e aposta na costura do Consultório na Rua com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica,

Muito obrigada!

"A avaliação não é o ato pelo qual A avalia B. É o ato por meio do qual A e B avaliam juntos uma prática, seu desenvolvimento, os obstáculos encontrados ou os erros ou equívocos porventura cometidos. Daí o seu caráter dialógico."

Paulo Freire

RESUMO

O presente estudo contempla o Trabalho de Conclusão de Curso, correspondente à Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em parceria com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Trata-se de uma revisão de publicações do Ministério da Saúde referentes às temáticas do Consultório na Rua e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Tecer essas duas temáticas, possibilitou elencar os elementos gerais para o instrumento de avaliação externa do PMAQ para as equipes de Consultório na Rua. Organização e Integração da Rede Atenção à Saúde (composição da equipe: dos seus encaminhamentos, cuidado compartilhado a resolutividade); Consultório na Rua e a Unidade de Saúde vinculada (o que é ofertado e a identidade visual); Instrumentos de reflexão sobre o processo de trabalho (de quais as equipes de Consultório na Rua fazem uso?); Formação, qualificação, vínculo e plano de carreira das Equipes de Consultório na Rua; e Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário (Escutando a população em situação de rua) foram os elementos elencados. A inclusão das equipes de consultório na rua no escopo do programa possibilitará reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção básica à saúde ofertada a população em situação de rua, e a avaliação externa é um dos dispositivos que contribuem para que isso, de fato, aconteça.

Palavras-Chave: consultório na rua, população em situação de rua, PMAQ.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CGGAB – Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica

CGMAD – Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DAB – Departamento de Atenção Básica

ECAR – Estatística, Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados

ECR – Equipe de Consultório na Rua ESF –

Estratégia de Saúde da Família ESUS –

Sistema Único de Saúde eletrônico

FIOCRUZ/RJ – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ONG – Organização Não Governamental

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SAS – Secretária de Atenção à Saúde

SENAD – Secretaria Nacional sobre Drogas

SIAPES – Sistema de Apoio à Pesquisa e Estatística

SM – Saúde Mental

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

UFPI – Universidade Federal do Piauí

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UFSE – Universidade Federal de Sergipe

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. COSTURANDO O CONSULTÓRIO NA RUA COM O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	13
2.1. Consultório na Rua: Conhecendo a história para entender o presente e planejar o futuro!	13
2.2. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ	16
3. OBJETIVOS	20
3.1. Geral	20
3.2 Específicos	20
4. METODOLOGIA	21
5. ELEMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA	22
5.1 Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde – Composição da equipe: dos seus encaminhamentos, cuidado compartilhado a resolutividade	22
5.2 Consultório na Rua e a Unidade Básica de Saúde vinculada	24
5.2.1 Consultório na Rua: Identidade Visual	25
5.2.2 Unidade Básica de Saúde: o que é ofertado?	27
5.3. Instrumentos de reflexão sobre o processo de trabalho: de quais as Equipes de Consultório na Rua fazem uso?	28
5.4 Formação, qualificação, vínculo e plano de carreira das Equipes de Consultório na Rua	30
5.5 Participação, Controle Social e Satisfação do usuário: Escutando a população em Situação de Rua	32
6. DAS CONCLUSÕES.....	34
7. REFERÊNCIAS	36

1. INTRODUÇÃO¹

O Consultório na rua é uma equipe da Atenção Básica que procura ampliar o acesso e ofertar de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde da população em situação de rua. Trata-se de uma equipe específica para esta população, porém não especializada. No ano de 2010 o Ministério da Saúde lançou edital para seleção de equipes de Consultório De Rua, vinculado a Política Nacional de Saúde Mental. Todavia, ouvida a população de rua que reivindicava ser vista não apenas pelo uso problemático do álcool e outras drogas ou pela vivência do sofrimento ou transtorno psíquico, também essas equipes foram incorporadas ao conceito e práticas da Política Nacional de Atenção Básica.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), (no qual o consultório faz parte) articula os pontos de atenção à saúde mental (unidade básica de saúde - UBS, equipes de consultório na rua, equipes de atenção residencial de caráter transitório, centros de convivência, centros de atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção domiciliar de caráter transitório, enfermaria especializada em hospital geral, serviço hospitalar de referência, serviços residenciais terapêuticos e estratégias de reabilitação psicossocial) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Portaria MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011).

Por sua vez, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), de maneira abrangente, caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica (Portaria MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010), envolvendo o conjunto de ações e serviços de saúde em

¹ Este estudo foi desenvolvido como atividade de ensino-aprendizagem no curso de especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em parceria com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS). Trata-se de um curso de especialização em Serviço cuja maior parte da carga horária é realizada *in loco* no Departamento. Dessa forma, o presente trabalho, buscou colaborar com as demandas da Equipe de Consultório na Rua, integrante da Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB).

articulação por fluxos e regiões (UBS, centros de especialidade, centros de atenção psicossocial, atendimento domiciliar, rede de urgência e emergência, redes estratégicas, academia da saúde, centros de convivência, serviços de vigilância em saúde, serviços para populações especiais e múltiplas linhas de cuidado entre todas essas ações).

A implementação das RAS aponta para um melhor resultado e desempenho do sistema de saúde, no que se refere à atenção e cuidado de saúde às pessoas e coletividades, maior eficácia na produção de saúde e melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, contribuindo para o avanço do processo de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde – conformado em redes e a sua concretização – passam pela construção permanente de fluxos e interações nos territórios. A atual grande diretriz da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), gestora da RAS no âmbito federal, período 2011-2014, pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 16 de dezembro de 2010, é a sua implantação como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS.

Um dos dispositivos que contribuem para a avaliação e remodelação da RAS, devido à expectativa de centro de comunicação na Atenção Básica é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), instituído pela Portaria MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011. O PMAQ busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica a partir do alcance de metas pactuadas entre os trabalhadores e gestores, o que é identificado por meio de atividades de avaliação e monitoramento. Dependendo do alcance de metas, as equipes podem receber incentivos distintos.

O PMAQ está organizado em 4 fases: Adesão e contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização. A primeira fase refere-se à contratualização dos indicadores e compromissos a serem firmados entre as equipes de saúde e a gestão municipal e destes com o Ministério da Saúde. A segunda fase consiste em desenvolver as ações que serão empreendidas pelas equipes de atenção básica, pelos gestores municipais, estaduais e pelo Ministério da Saúde, que busca promover movimentos de mudança e remodelação. Esta fase está

subdividida em quatro dimensões: autoavaliação; monitoramento; educação permanente e apoio institucional. A terceira fase refere-se à avaliação externa que se subdivide em duas dimensões: certificação de desempenho das equipes de atenção básica e gestões municipais participantes do PMAQ – monitoramento dos indicadores contratualizados – e pela avaliação do acesso e da qualidade da atenção básica não relacionada ao processo de certificação – processo avaliativo que contempla a avaliação da rede local de saúde pelas equipes de atenção básica e processos complementares de avaliação da satisfação do usuário e da utilização dos serviços. A quarta fase constitui o processo de recontractualização de indicadores e compromissos entre todas as partes envolvidas.

O PMAQ é a 7^o (sétima) estratégia do objetivo 1 (um) do Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, gestão 2011-2015, que está estruturado em 16 objetivos Estratégicos. Dentre os quais está o de *fortalecer a rede de saúde mental*, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas. Um dos resultados desse objetivo está o de ampliar o número de equipes de consultório na rua (eCR) em funcionamento até o final de 2014 e como produto desse resultado está a Inclusão do Consultório na Rua no escopo do PMAQ. Estatística, Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (ECAR) são monitorados pelo Ministro da Saúde que por sua vez é monitorado pela Presidência da República.

A inclusão das eCR ao PMAQ já faz parte do planejamento do Departamento de Atenção Básica (DAB), portanto não se buscou neste trabalho, discutir o Programa e tampouco produzir reflexões acerca da inclusão (ou não) do consultório no escopo do PMAQ. Procurou-se configurar os elementos gerais para o instrumento de avaliação externa seja ele o PMAQ seja outro programa de avaliação a partir das publicações do Ministério da Saúde.

2. COSTURANDO O CONSULTÓRIO NA RUA COM O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

Quem são os profissionais que atuam com a população em situação de rua? Quais as práticas de cuidado, gestão e educação ofertada? O que a equipe dispõe de infraestrutura, equipamentos e insumos? De que adoece e sofre essa população? Como é o processo de gestão e de trabalho dessas equipes? Para quais serviços os usuários são encaminhados? Como é (se é) feito o cuidado compartilhado? O Consultório na Rua é uma estratégia de cuidado e de atenção a essa população e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica é uma possibilidade de trazer respostas aos questionamentos acima citados e, também, tende a contribuir deixando mais transparente as informações sobre o viver na rua e o trabalhar com quem vive, respeitando o dinamismo do habitar a rua.

2.1.Consultório na Rua: Conhecendo a história para entender o presente e planejar o futuro!

A história do Consultório de Rua no Brasil teve início em 1999, em Salvador, na Bahia, em uma experiência realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD. Antônio Nery Filho, idealizador do projeto, se inspirou em uma experiência vivenciada por ele, no início da década de 90, quando ainda era doutorando de sociologia em Paris. Lá ele conheceu a Organização Não Governamental (ONG) Médicos do Mundo que utilizavam um ônibus, como se fosse um ambulatório, com oferta de atendimento a população em situação de vulnerabilidade social: pessoas em situação de rua e profissionais do sexo. No retorno à Bahia, e na tentativa de encontrar uma resposta para a problemática das crianças em situação de rua e uso de drogas, o primeiro Consultório de Rua foi implantado, em parceria com a prefeitura de Salvador.

A capital da Bahia, Salvador, apresentou no decorrer dos anos 2000 experiências exitosas com o Consultório de Rua, que até então, recebiam financiamento do Ministério da Saúde, da Secretaria Nacional sobre Drogas – SENAD, Secretaria de Combate à Pobreza e Secretaria do Trabalho e Ação Social do Governo do Estado da Bahia. No final de 2009 o Ministério da Saúde começou a financiar, através da Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CGMAD), componente do Departamento de Atenção Especializada e Temática, a implantação de equipes de Consultório de Rua. No mesmo ano, o até então Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, instituiu a Política Nacional para População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento (Decreto Nº 7.053 DE 23 de Dezembro de 2009). Essa política considera a população em situação de rua como um grupo heterogêneo que possui alguns pontos em comum: pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os espaços públicos e as áreas degradadas como morada e espaço de sustento, de forma permanente ou temporária, assim como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória.

Em maio de 2010 com o Decreto Nº 7.179 foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e a reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. Esse plano tem três eixos de atuação: Cuidado (Atenção ao usuário e familiares); Prevenção (Fortalecimento da rede de proteção); e Autoridade (enfrentamento ao tráfico de drogas). O Consultório na rua é uma das estratégias, do eixo do cuidado, para atenção ao usuário nos locais de concentração de uso de crack. Os municípios que aderiram ao “Plano Crack” puderam, dentre as suas ações, pactuarem a implantação de equipe de consultório de rua (posteriormente “NA RUA”). Todos os entes federativos envolvidos no plano são monitorados pela Casa Civil da Presidência da República.

Até 2011 o Ministério da Saúde (MS) preconizou o credenciamento e implantação de Consultórios de Rua com diretrizes relacionadas ao uso problemático do álcool e outras drogas e pela vivência do sofrimento ou transtorno psíquico. No mesmo ano a Política Nacional de Atenção Básica, implantada pela Portaria MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica

na ordenação das Redes de Atenção; incorporou novas modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil; incluiu as equipes de atenção básica para a população em situação de rua (Consultório na Rua); ampliou o número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família; simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas Unidades Fluviais e organizadas Estratégias da Saúde da Família para a População Ribeirinha; além de avançar na ampliação de ações intersetoriais, tais como o Programa Saúde na Escola, o Brasil sem Miséria e a Academia da Saúde. Com tamanha abrangência e investimento no acesso e acolhimento da população, a Atenção Básica (AB) representa um marco na história da saúde pública brasileira (PNAB, 2012), modificando ulteriores conceitos e práticas em atenção primária à saúde e saúde da família. A mudança do “De Rua” para o “Na Rua” representa uma mudança na lógica de atuação das equipes de Saúde incorporadas ao conceito e práticas da Política Nacional de Atenção Básica.

O Brasil conta com equipes de Consultório de Rua, que ainda não se adequaram a consultório na rua, e que, portanto, não recebem financiamento federal de custeio. Hoje, não há a possibilidade de uma nova equipe se credenciar como De Rua, todas as novas equipes (após meados 2011) são implantadas sob a lógica da Atenção Básica.

Cada equipe de Consultório na Rua está responsável em atender de oitenta a mil pessoas em situação de rua, em carga horária semanal de 30 horas, tendo o horário de funcionamento adequado às demandas daqueles que têm a rua como morada, ou seja, pode ocorrer em turnos diurnos ou noturno.

Em maio de 2014, a portaria de Nº 1.029 ampliou o rol das categorias profissionais que podem compor as equipes de Consultório na Rua, que até então poderiam ser compostas por enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, técnico em saúde bucal, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, médico e passaram a ser somados ao cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação. A modalidade I de equipe é formada minimamente por 4 (quatro) profissionais sendo que 2 (dois) deles deve estar entre os 4 (quatro) primeiros mencionado acima; a modalidade II é formada minimamente por 6 (seis) profissionais sendo que três deles devem obrigatoriamente estar entre os mesmos 4 (quatro) primeiros mencionados acima; e a modalidade III

deve seguir os mesmos moldes da modalidade II acrescido do profissional médico.

Atualmente, conforme registros do Diário Oficial, até junho de 2014, 97 consultórios na rua se credenciaram em Portaria, no qual 77 estão em funcionamento e recebendo financiamento federal. Há ainda 17 consultórios de Rua ainda não adequados e 15 consultórios não credenciados, mas em funcionamento com recurso municipal. Em junho de 2014 foi publicada a portaria de nº 1.238, que praticamente dobra o financiamento de custeio das equipes nas diferentes modalidades: de R\$9,5 mil para R\$ 19,9 mil (eCR modalidade I); de R\$ 13 mil para R\$ 27,3 mil (eCR modalidade II) e de R\$ 18 mil para R\$ 35,2 mil (eCR modalidade III). A intenção do Ministério da Saúde, com esse novo arranjo de profissionais e o aumento do custeio, foi ampliar o número de equipes implantadas em todo o país.

2.2. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ

Tão recente quanto às equipes de cuidado e atenção à saúde, Consultório na Rua, é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). O programa foi instituído pela Portaria 1.654 em 2011 com o objetivo de ser o indutor da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011).

O primeiro ciclo do PMAQ (2011-2012) teve adesão de 17.482 equipes de Atenção Básica e de 12.436 equipes de Saúde Bucal, em 3.972 municípios. Com um total de investimento federal de R\$ 770 milhões de reais (Brasil, Ministério da Saúde 2014).

O segundo ciclo (2013-2014) trouxe algumas novidades: não apresentou limites de equipes para a adesão, diferentemente do I ciclo, ou seja, todas as equipes de

Saúde da Família, atenção básica parametrizada², e saúde bucal puderam contratualizar com seus municípios e esses com o governo federal. Além disso, entrou para o escopo do programa os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

A adesão ao Programa (1^o fase) tem caráter voluntário, pois para o Ministério da Saúde, a contratualização está associada à ideia de que a qualificação do serviço e mudanças das práticas só se concretizarão em “ambientes nos quais os trabalhadores e gestores sintam-se motivados e se percebam essenciais para o seu êxito” (BRASIL, 2011). A segunda fase é compreendida como o momento em que ocorrerá o desenvolvimento das ações, realizadas pelas equipes e pela gestão municipal, com apoio do ente estadual e federal. Autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional são as apostas dessa fase. O desenvolvimento tem início com a autoavaliação, pois é o momento em que a equipe identifica e reconhece o que tem de positivo e de problemático do seu trabalho, é o dispositivo necessário, para que provoque o coletivo a interrogar o instituído (ALTOÉ, 2004) e colocar em análise o próprio “fazer”. A ferramenta “Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade – AMAQ”, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, não tem o seu uso obrigatório, desde que a equipe realize a autoavaliação com esse instrumento ou com outro que achar mais condizente com a sua realidade. A grande potencialidade da autoavaliação é o de permitir que a equipe possa “eleger os problemas e pactuar ações conforme suas explicações, prioridades, interesses, disposição e capacidade de ação” (PINTO, SOUSA, FLORÊNCIO, 2012) além de proporcionar o diálogo entre os diversos atores envolvidos. As pactuações são monitoradas por todos os atores envolvidos através do Sistema de Informação da Atenção Básica (antecessora do Sistema Único de Saúde eletrônico, E-SUS). O MS estimula que as gestões municipais invistam no apoio institucional, fato que é referido nos processos de formação, financiamento, orientação técnica e na própria avaliação externa. O apoio institucional, como proposta do PMAQ, é que seja articulado com os processos de educação permanente.

² O Ministério da Saúde formulou parâmetros mínimos para que as EAB organizadas de maneira diferente da ESF possam aderir ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O conjunto de parâmetros construídos considera núcleos mínimos de profissionais que compõem as equipes e a carga horária de trabalho.

A avaliação externa, objeto de estudo deste trabalho, representa a terceira fase do Programa que consiste na visita às equipes de saúde para avaliação de um conjunto de aspectos, desde a infraestrutura e insumos até questões ligadas ao processo de trabalho. Para cada equipe (Saúde da Família, NASF, CEO) há um tipo de instrumento, afinal trata-se de processos de trabalho diferentes. É nesse momento que ocorre o levantamento das informações para a análise do acesso e da qualidade, é a possibilidade de diagnóstico do que foi pactuado anteriormente. Mas, quando se fala em avaliar emergem algumas perguntas: para quê avaliar? O que o MS tem feito com o quantitativo de dados coletados? O que a avaliação contribui para o município? E para as equipes? E para os usuários?

O Ministério da Saúde conta com o auxílio de diversas instituições de ensino do Brasil (UFRGS, UFPEL, UFMG, FIOCRUZ/RJ, UFBA, UFRN, UFPI, UFSE) além de toda uma rede que conta quase 50 (cinquenta) instituições parceiras, para que a aplicação dos instrumentos seja realizada. Cada instituição fica responsável por um determinado território, seleção, qualificação e repasse do pagamento dos avaliadores, monitoramento dos serviços avaliados e envio para o banco de dados do Ministério da Saúde, além de produzir o relatório final de cada ciclo.

A avaliação é parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde, é a partir dela que é possível reordenar a execução das ações, redimensionar as necessidades da assistência e melhorar a resolutividade e a qualidade dos serviços prestados. Os resultados do primeiro ciclo têm servido como objeto de análises que guiam as decisões sobre o investimento de políticas de saúde/ programa de Atenção Básica brasileira. O questionário serviu para reorientar a aplicação de recursos do programa Requalifica UBS no que tange a construção, reforma e ampliação das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além disso, foi possível traçar um diagnóstico preciso de quais UBS são prioritárias para a implantação do E-SUS (Sistema Único de Saúde Eletrônico), e reorganizar o Sistema de Informação. Conhecer as categorias profissionais que fazem parte das equipes pode subsidiar a criação da ampliação do rol das categorias profissionais que as compõem, além disso, é possível verificar quais profissionais estão em falta no território, dado que pode servir de base para a escolha prioritária de outros programas, tal como os Mais Médicos.

As equipes de saúde, os municípios, gestores municipais e estaduais, e o Ministério

da Saúde, desenvolvem um conjunto de ações com intuito de provocar mudanças na gestão e no cuidado prestado pelas equipes, visando à melhoria do acesso e da qualidade na Atenção Básica, o que traz melhoras para o processo de trabalho da equipe e para o cuidado do usuário. Isso tudo está atrelado ao incentivo financeiro, que varia conforme o desempenho da equipe no alcance das metas contratualizadas.

A avaliação externa subsidia que a recontratualização (início de um novo ciclo) das equipes aconteçam de forma singularizada, respeitando as potencialidades e dificuldades da própria equipe. É repactuar, a partir de sua realidade, indicadores e metas coerentes com o que a equipe era (é) com o que ela pode ser. Ressalta-se que os padrões de qualidade presentes no instrumento de certificação, que será utilizado a partir da avaliação externa, guardam similaridade com os padrões de autoavaliação no âmbito do PMAQ.

Gradativamente outros equipamentos e equipes de Saúde estão sendo incorporados ao PMAQ, quem sabe no próximo ciclo não seja a vez do Consultório na Rua?

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Elencar os elementos gerais para o instrumento de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica para as Equipes de Consultório na Rua, a partir das publicações do Ministério da Saúde.

3.2 Específicos

- Apresentar as legislações vigentes referentes à população em situação de rua e as que fazem interface essa,
- Propor elementos gerais para a construção do instrumento de avaliação externa do PMAQ.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de publicações do Ministério da Saúde referentes às temáticas do Consultório na Rua e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). As publicações foram recuperadas por consulta à Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

Foram utilizados para o levantamento da revisão portarias, decretos, manuais, notas técnicas e vídeos institucionais específicos para a população em situação e de rua ou que fazem interface com ela, além do PMAQ.

O trabalho não apresenta riscos à população em situação de rua, pelo contrário tende a dar mais visibilidade, cuidado e atenção a tal grupo, assim como estimular novos questionamentos e pensamentos em seu acolhimento por práticas cuidadoras em saúde, estando de total acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS)196/96.

5. ELEMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA

Quais são os elementos gerais para o instrumento de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica - PMAQ? Que espaços são demarcados? Quais informações são, de fato, essenciais para a busca da melhoria do acesso e da qualidade? Como não cair nas armadilhas de querer saber de tudo, sem filtrar o que é ou não lixo informacional? O que o Ministério da Saúde (MS) a partir de suas publicações orienta o “fazer” das equipes de consultório na rua – eCR? O que o MS preconiza é seguido? O que, de fato, elas fazem? A junção dos materiais do MS, com seus diferentes ingredientes, formam os elementos apresentados a seguir.

5.1 Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde – Composição da equipe: dos seus encaminhamentos, cuidado compartilhado a resolutividade

O Ministério da Saúde (MS) em 2011 publicou no Diário Oficial a Portaria de número 122, que definiu as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (eCR), vigente até maio de 2014. Nela foram estipuladas três modalidades de equipes e apresentada às categorias profissionais que as poderiam compor: enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal (Portaria Nº 122 de 25 de janeiro de 2011). Na mesma lógica da Estratégia da Saúde da Família (ESF), quando há necessidade de atendimento com algum profissional específico, tal como o nutricionista, por exemplo, pode-se e deve-se acionar a rede de saúde, no caso os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou atenção especializada, por exemplo.

Em 2014 o MS publicou a portaria que amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as eCR possibilitando que o cirurgião dentista, o profissional de educação física/professor de educação física e o profissional com formação em arte

e educação possam compor as diferentes modalidades, além daquelas já mencionadas na portaria anterior de número 122 (Portaria Nº 1.029 de 20 de maio de 2014).

O MS repassa recurso financeiro para aquelas equipes que estão credenciadas e devidamente registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o que não impede que alguma equipe inclua uma nova categoria financiada pelo estado ou pelo município. Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, e Curitiba, capital do estado do Paraná, possuíam nas suas equipes dois profissionais que não estavam dentre as categorias estipuladas na portaria anterior: cirurgião dentista e profissional de educação física/professor de educação física. Os relatos dessas experiências contribuíram para a reformulação da portaria vigente do rol das categorias profissionais. E se as equipes fossem questionadas sobre quais profissionais fazem mais sentido terem no seu território? O que será que elas diriam? E se fosse perguntado para a população em situação de rua quais os profissionais que elas gostariam de receber cuidado e atenção, o que elas fariam? Pode ser que um simples questionamento desses apenas reafirme o que a legislação vigente já diz, ou pode surpreender os “fazedores” de políticas públicas. Além disso, dar ouvidos e vozes para aqueles que fazem parte da dinâmica da rua tem efeito benéfico sobre eles!

Quando a eCR faz encaminhamentos ela faz para qual serviço? Unidade Básica de Saúde (UBS)? Hospital? Emergência Geral ou Psiquiátrica? Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)? Internação geral ou psiquiátrica? E quando precisa acionar outro setor, como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ela encaminha para aonde? Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)? Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)? Albergue? Casa lar? Casa de passagem? Ter certos profissionais induz certos encaminhamentos? E quais são os desdobramentos desses encaminhamentos? Atividade de lazer? De inserção no mercado de trabalho formal? De volta à educação formal? Confecção de documentos, tal como a carteira de identidade? Será que o fato de ter na equipe o profissional psicólogo interfere em maiores encaminhamentos para a Saúde Mental (SM)? Será que ter o profissional de assistência social interfere em maiores

encaminhamentos para a Rede SUAS? Será que há aumento de encaminhamentos e/ou eles estão mais qualificados, com maior possibilidade de resolutividade?

O atendimento a população em situação de rua, conforme o Sistema de Apoio à Pesquisa Estatística (sistema que antecede o Sistema Único de Saúde eletrônico – E-SUS) SIAPES, mostra que a dificuldade das eCR não está na primeira abordagem e sim, no cuidado longitudinal, aquele pensado no desenvolvimento do cuidado de forma porvindoura. Mas, por que essa dificuldade? E o cuidado compartilhado? O artigo 2º da portaria 122 de 25 de janeiro de 2011 descreve sobre as ações da equipe:

§ 2º As eCR desempenharão suas atividades *in loco*, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

Como propor estratégias para qualificar o cuidado compartilhado? Como acompanhar ao invés de encaminhar? Como costurar os diferentes cuidados: CAPS, UBS, emergência, num único plano? Não é cada serviço fazer a sua parte, e sim o fazer junto.

As respostas desses questionamentos colaboram para orientação de quais encaminhamentos/acompanhamentos são mais adequados e mais resolutivos para cada caso.

5.2 Consultório na Rua e a Unidade Básica de Saúde vinculada

As equipes de Consultório na Rua – eCR, conforme o Manual sobre o cuidado à Saúde junto a população em situação de rua devem ficar vinculados a Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu território de abrangência. A característica principal do consultório na rua é o atendimento ser realizado *in loco*, nos extramuros das UBS. Porém, quando necessário, o atendimento deve ser procedido nas

dependências da unidade correspondente. Será que isso de fato ocorre? E quando ocorre, a infraestrutura, os materiais e os insumos correspondem ao atendimento e cuidado necessário? E quando a equipe está na rua ela faz uso do veículo? Em quais condições?

Uma estrutura física adequada e a disponibilidade de equipamentos e materiais necessários, de acordo com o quantitativo da população adscrita e suas especificidades, além de ter disponível um veículo que faça o deslocamento da equipe pelas ruas, é de fundamental importância para o acolhimento, organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde dos usuários em situação de rua.

5.2.1 Consultório na Rua: Identidade Visual

Em 2012, o Ministério da Saúde (MS) projetou o Manual de Identidade Visual para as Equipes de Consultório na Rua (ECR) com intuito de padronizar o signo que distingue e diferencia o serviço. Para isso foi construído uma cruz (ícone geralmente associado à saúde), com o seu interior preenchido por vias, representando a rua (BRASIL, 2012).

Esse símbolo, em conjunto com as marcas de governo *Brasil um país rico é um país sem pobreza* e *Saúde mais perto de você*, além do símbolo do *Sistema Único de Saúde* e com os dizeres *Ministério da Saúde*, configuram o que o Governo Federal orienta que esteja impresso nas camisetas, coletes, jalecos, mochilas, bonés e nos veículos. Mas, por que seguir essa orientação? Uma das possíveis respostas é o fato de o veículo, além de ser o responsável em fazer o traslado da equipe, dos insumos e dos materiais, tem a função de ser um equipamento de referência para os usuários. Ter um transporte nesses moldes é uma forma de operar, não necessariamente deve ser uma regra. Afinal, algumas equipes podem ser identificadas muito mais pelo veículo estar grafitado do que ele ter ou não as recomendações federais. Mas, então, por que saber se estão ou não as utilizando? O Governo Federal produz diversas cartilhas, manuais, notas, etc, que buscam colaborar com o trabalho das equipes de saúde. Saber se isso tem interferência, de

fato, no fazer das equipes, tem efeito causador na produção, ou na sua forma de produzir materiais pode ser um importante elemento a ser avaliado.

Ressalta-se que o contato com a população em situação de rua foi, na maioria das vezes, pela via da caridade de instituições de cunho assistencialista (religiosas ou não), ou da segurança pública, ou da assistência social, portanto, fazer uso dos signos da saúde (e não necessariamente das marcas de governo) é uma forma de afirmar se tratar de um serviço público de saúde. Além disso, os signos também podem ser um potente instrumento para constituir vínculo, a partir da lógica do direito e de uma relação do poder público com o usuário.

A equipe possui veículo? Próprio ou alugado? Está em uso (em funcionamento)? Está estragado, na oficina ou sem motorista? Qual o tipo de veículo? Pode se dizer que para a eCR ter transporte é essencial para o trabalho com a população em situação de rua. É ele que muitas vezes, sinaliza a chegada da equipe no território e que colabora com o encontro “usuário-profissional”. Não ter transporte, possivelmente, corresponde em não ir com certa frequência nos lugares onde a população de rua se encontra (praças, marquises, calçadas, sinaleiras, viadutos, pontes, casebres, etc.), o que dificulta o fortalecimento do vínculo e o cuidado longitudinal. O governo estadual do Rio Grande do Sul, além do estado de Minas Gerais, criou novos incentivos que dão a garantia de aquisição de veículos para as ECR. Para isso, a equipe deve estar credenciada em portaria e inserida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Portaria Nº 280, de 2014 Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul). A legislação nacional referente a eCR é um incentivo de custeio, portanto não financia veículos, que deve ser a contrapartida do município e/ou do estado (Portaria Nº 1.238, de 6 de junho de 2014). Ter um levantamento de como as equipes se organizam com o transporte ou na falta dele, colaboraria com a reformulação das legislações vigentes e na cooresponsabilização dos entes federal, estadual e municipal.

Os resultados obtidos com a avaliação do PMAQ extrapolam o seu uso para o Governo Federal, pois podem (e fica o indicativo que assim o façam) ser usados no planejamento da própria equipe de saúde, assim como do município e do estado. As experiências, exitosas ou não, quando trocadas tem efeito reconfortante e tendem a colaborar com o processo de trabalho das equipes.

5.2.2 Unidade Básica de Saúde: o que é ofertado?

A avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ, para as equipes com Estratégia da Saúde da Família (ESF), apresenta no módulo I do instrumento o item “observação na unidade de saúde” que se referem à estrutura, equipamentos, materiais e insumos da unidade. Saber se uma essa possui materiais em uso, insumos em quantidade suficiente e equipamentos em bom estado são de extrema importância para a avaliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde.

Para uma pessoa que está em situação de rua e que utiliza da rua para o seu sustento, muitas vezes, ir para a unidade representa, conforme o Manual referido acima, a não obtenção do recurso para alimentar-se no dia seguinte. O estigma que a população em situação de rua carrega por ser vista (quando não é invisível) como pobre, ignorante, alcoolizada, maloqueira e vagabunda, impede, muitas vezes, a procura por atendimento, em virtude do sentimento de vergonha por conta de sua situação de higiene e/ou vestimentas malcuidadas. Por isso, quando acompanhada pela eCR à UBS essa deve ser resolutiva, pois pode ser difícil proporcionar tal cuidado novamente a esse usuário. Quais trabalhadores da UBS compartilham o cuidado com a eCR? Saber e poder contar com outros profissionais e com espaço físico para a coleta e para determinados procedimento colaboram para que o cuidado integral à pessoa em situação de rua aconteça.

Um dos dispositivos propostos pelo MS para colaborar com uma estrutura física acolhedora e dentro das melhores padrões de qualidade, que facilite a mudança das práticas das equipes é o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, Requalifica UBS (Portaria Nº 2.2.06 de 12 de setembro de 2011). O senso realizado em todas as Unidades de Saúde no período de 2012 a 2013, no qual era aplicado pelo avaliador o módulo I do instrumento de avaliação externa, serviram para reorientar a aplicação de recursos do programa. Saber o que a Unidade de Saúde está ofertando tende a colaborar, não somente, com a construção e busca das metas e indicadores pactuados entre os integrantes da equipe e esta com o

município, mas colabora também com a reavaliação de outros programas que perpassam aquele que está em processo de avaliação do PMAQ.

5.3. Instrumentos de reflexão sobre o processo de trabalho: de quais as Equipes de Consultório na Rua fazem uso?

A Educação Permanente é compreendida, conforme Ricardo Burg Ceccim e Alcindo Antônio Ferla, como “uma prática de ensino-aprendizagem” que utiliza a realidade vivida pelos trabalhadores “tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia como base de interrogação e mudança” e, como uma “política de educação na saúde” que “envolve a contribuição do ensino à construção do Sistema Único de Saúde”. (Ceccim & Ferla, 2009). A educação permanente tem em vista o trabalho e a sua articulação com o ensino e cidadania.

O Telessaúde Brasil Redes, uma das estratégias de educação permanente preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), instituído pela portaria de nº 2.546 de 27 de outubro de 2011, tem por objetivo apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde ordenadas pela Atenção Básica, desenvolvendo ações de apoio à atenção à saúde e de educação permanente das equipes. Ele tá estruturado nos seguintes serviços: teleconsultoria, segunda opinião formativa, telediagnóstico e tele-educação. Segue, conforme legislação vigente, a explicação de cada uma dessas ações:

I - Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser de dois tipos:

a) síncrona - teleconsultoria realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência; ou

b) assíncrona - teleconsultoria realizada por meio de mensagens off-line;

II - Telediagnóstico: serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distâncias geográfica e temporal

III - Segunda Opinião Formativa: resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS; e

IV -Tele-educação: conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação

Será que as equipes fazem uso dessa tecnologia? E se não fazem, qual a razão disso? Desconhecimento? Falta de estímulo da gestão municipal? Falta de equipamentos tecnológicos? Não há necessidade de uso? Utilizam de outras estratégias para a educação permanente? E quando fazem uso o que a equipe utiliza? Segunda opinião formativa? Telediagnóstico? Teleconsultoria? Fazem uso de outra estratégia de educação permanente preconizada pelo MS? Tal como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)?

Os NASF foram criados em 2008 com o objetivo de ampliar as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações. A portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 é a que regulamenta a equipe, que é estruturada de forma multidisciplinar (médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista, médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas) que atuam de forma integrada com as equipes de estratégia de saúde da Família (ESF), com o Programa Academia da Saúde e com as equipes de atenção básica para populações específicas: equipes ribeirinhas, fluviais e consultório na rua. As eCR estão sendo apoiadas pelo NASF? Que ações estão sendo desenvolvidas? Consultas individuais do profissional do NASF? Consultas compartilhadas? Discussões de caso? Construção conjunta com a ESF de projetos terapêuticos singulares? Articulação de

ações com outros pontos da rede de atenção e intersetorial? Esse apoio do NASF está fazendo sentido para as eCR? Tem trazido resolutividade para o trabalho da equipe?

O Manual instrutivo do PMAQ apresenta o apoiador institucional como função gerencial de apoio a gestão em saúde com objetivo de auxiliar as equipes a explicitarem e lidarem com problemas e conflitos, auxiliando na tarefa de colocar suas práticas em análise e possibilitando a construção de intervenções. É o organizar o processo de trabalho e melhoria do acesso, da oferta de serviços e da qualidade do cuidado aos usuários do SUS. Isso está sendo feito? As eCR estão recebendo algum tipo de apoio?

O que tem colaborado no processo de trabalho das eCR? Será que o que o MS disponibiliza e preconiza tem trazido bons resultados na prática do processo de trabalho da equipe? Será que elas fazem uso de outros mecanismos que o ente federal, estadual ou municipal podem estar incorporando nessa ou em outras políticas públicas de saúde? Será que se deve ter maior investimento no telessaúde, NASF e apoio institucional? O que faz sentido para as eCR? A avaliação externa tende a trazer o retrato do que tem dado certo ou não na gestão e educação dessas equipes, possibilitando o reconhecimento onde vale a pena investir mais recurso e energia.

5.4 Formação, qualificação, vínculo e plano de carreira das Equipes de Consultório na Rua

As competências e habilidades de cada categoria profissional interfere nas ações que podem ser realizadas no espaço da rua e são regulamentadas, na sua maioria, pelos conselhos federais de cada profissão. Algumas atividades e ações estão mais relacionadas com o perfil do que com o diploma de cada trabalhador, e algumas perpassam a todos que trabalham com a saúde, com a rua, com pessoas: saber escutar (prestar atenção para ouvir). Essa afirmação pode ser compreendida nas palavras de Emerson Merhy:

Ao afirmar que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, mostra que este não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se afirma em tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer esta produção (Merhy, 2002).

Somente descobre-se ter ou não ter perfil para se trabalhar na e com a rua, parafraseando Merhy, no trabalho vivo em ato. Ou seja, trabalhando. E as pessoas que se se identificam e querem trabalhar com a população em situação de rua, esses recebem alguma qualificação? A secretaria de saúde municipal prepara seus trabalhadores para a diversidade do trabalho que o consultório na rua apresenta? Há qualificação estadual ou municipal? A equipe sente falta de cursos, de trocas de experiências e de participações em eventos, por exemplo? Ter cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado em saúde da família, saúde coletiva ou saúde pública colaboram com o fazer da equipe? Os profissionais se sentem habilitados para atuarem com casos, por exemplo, de saúde mental? Redução de Danos? Violência? Que estratégias de educação precisam ser adotadas (e se precisa?) para melhorar os atendimentos e a satisfação da população usuária do Consultório na Rua?

A satisfação do usuário é de extrema importância para os serviços públicos, é ele que dá sentido à existência dele. Mas, e a satisfação do trabalhador? Como isso interfere na relação “trabalhador-trabalho”? Servidor público estatutário, cargo comissionado, contrato temporário, empregado público, contrato... Como as equipes e o município se organizam? Tem plano de carreira? Progressão por antiguidade? Por desempenho? Qual a perspectiva de estar nesse trabalho? A paixão, identidade, luta política são características importantes, mas perspectiva financeira, satisfação profissional e reconhecimento não podem estar desconectadas!

5.5 Participação, Controle Social e Satisfação do usuário: Escutando a população em Situação de Rua

O Consultório atua em conjunto com o usuário, assumindo-o como protagonista de seu cuidado, atuando de forma a pensar no cuidado que nós gostaríamos de viabilizar, no cuidado que cada usuário precisa e como poderíamos assegurá-lo e no cuidado que os usuários querem receber, podendo vir de uma apreciação muito distinta da nossa. Não existe um protocolo rígido sobre como deve ser a atuação do Consultório, esse é intensivamente construído no cotidiano, adequando-se ou fazendo-se em conformidade aos seus usuários, coerente com cada área e microárea, políticas de saúde e produção de conhecimento implicado com essa modalidade de atenção. Atua como uma estrutura viva, mutável, flexível, dinâmica, tal como é a própria rua.

O Consultório na Rua é uma equipe de cuidado e atenção para e com a população em situação de rua, portanto, nada mais justo saber o que elas querem, o que esperam desse serviço. Qual é o melhor turno para receberem atendimento: manhã, tarde ou noite? Sabem qual a categoria profissional da equipe que faz atendimento? Isso faz diferença? Qual o profissional que eles sentem falta? Quais são as suas necessidades de saúde? Como eles avaliam o serviço? O que eles acham que precisa ser melhorado?

A gestão municipal estimula e apoia a participação de profissionais das equipes e de usuários em situação de rua e representantes de movimentos sociais da população em situação de rua nos conselhos locais? E nos grupos de trabalho e rodas de conversa nas UBS, além de reuniões periódicas de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde com foco no território?

O simples fato de alguém que represente o Governo Federal olhar, escutar e falar com a população em situação de rua é um avanço para a saúde pública brasileira. Ainda há poucos movimentos que os incluam no planejamento municipal, estadual e federal. Inclusive o senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) não os incluem. Eles não são contabilizados e questionados. A opinião desse grupo populacional pouco ou nada é sabida.

Nem todas essas informações são ou serão usadas para o planejamento federal, pois o PMAQ extrapola o planejamento de políticas de saúde e encontra o planejamento da equipe. É utilizar os dados como informações para melhorar o processo de trabalho e a satisfação do usuário. Além disso, as ações inscritas no direito à saúde e no exercício e construção de cidadania é imprescindível para a transformação das condições de saúde e vida da população em situação de rua.

6. DAS CONCLUSÕES

A inclusão do Consultório na Rua no escopo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica já faz parte do planejamento estratégico da atual gestão federal (2010-2014). Já se configura como uma realidade e não apenas uma proposta de ação.

Embora o foco do trabalho tenha sido o instrumento de avaliação externa, os elementos apresentados, também podem subsidiar a construção do instrumento de autoavaliação. Optou-se pela fase da avaliação externa por entender que este é o instrumento construído pelo Ministério da Saúde, tendo o seu uso obrigatório para aqueles que aderirem ao Programa. Já o Instrumento de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), mesmo que tenha seu uso obrigatório e seja disponibilizado pelo Ministério da Saúde, apresenta como possibilidade ser construído pela própria equipe e/ou município.

A realização da avaliação externa, a partir dos elementos apresentados nesse trabalho: Organização e Integração da Rede Atenção à Saúde (composição da equipe: dos seus encaminhamentos, cuidado compartilhado a resolutividade); Consultório na Rua e a Unidade de Saúde vinculada (o que é ofertado e a identidade visual); Instrumentos de reflexão sobre o processo de trabalho (de quais as equipes de Consultório na Rua fazem uso?); Formação, qualificação, vínculo e plano de carreira das Equipes de Consultório na Rua; Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário (Escutando a população em situação de rua), possibilitará reforçar práticas de cuidado, gestão e educação que contribuam para a melhoria permanente da atenção básica à saúde ofertada a população em situação de rua. O sucesso da avaliação está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação. A finalidade tanto da contratualização quanto da avaliação externa é o de promover a segunda fase, o desenvolvimento. Por isso, a importância do instrumento de avaliação externa estar “costurado” com o instrumento de autoavaliação. Além disso, ela tende a fortalecer ações e estratégias das gestões do Sistema Único de Saúde que qualifiquem as condições e relações de trabalho e que busquem apoiar tanto o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes

quanto à dos próprios trabalhadores. Irá proporcionar em grande escala e profunda, as realidades e singularidades das equipes de consultório na rua em todo o Brasil. Será possível realizar um registro das fragilidades e potencialidades de cada lugar e compartilhá-las. Com essas informações a gestão federal, estadual e municipal poderá com mais propriedade elaborar estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos.

Esse saber pode construir subsídios para a implantação de políticas públicas de saúde, produzir informação para a oferta de cuidados singulares e integrados à composição da vida e para fortalecer a subjetividade no enfrentamento das adversidades experimentadas pelo trabalho e pelo habitar a rua.

7. REFERÊNCIAS

ALTOÉ, Sonia (Org.). René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

BRASIL, MS, PORTARIA GM/MS 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.

BRASIL, MS, PORTARIA GM/MS Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. MS, PORTARIA GM/MS Nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

BRASIL. Diário Oficial da União. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para População em Situação de Rua.

BRASIL. Diário Oficial da União. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

BRASIL. MS, PORTARIA GM/MS 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRASIL, MS, PORTARIA GM/MS Nº 1.029, de 20 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.

BRASIL, MS, PORTARIA GM/MS Nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

BRASIL, MS, PORTARIA GM/MS Nº 123, de 25 de janeiro de 2011. Define os critérios de cálculo do número máximo de Equipes de Consultório na Rua.

BRASIL, MS, PORTARIA GM/MS Nº 1.238, de 6 de junho de 2014. Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades.

BRASIL, MS, PORTARIA GM/MS 2.206, de 14 de setembro de 2011. Institui no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma.

BRASIL, MS, PORTARIA GM/MS Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).

RIO GRANDE DO SUL, SES, PORTARIA GM/SES Nº 280, de 14 de abril de 2014. Dispõe sobre o financiamento Estadual para Atenção Básica dentro da Política Estadual de incentivo para qualificação da atenção básica – PIES 2014.

BRASIL, MS, Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua, 2012.

BRASIL, MS, Manual de Identidade Visual para as equipes de Consultório na Rua, 2012.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIMVENÂNCIO

(Org.).Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006 a. p. 107-112.

PINTO, H. A., SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde , Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 6, n. 2, supl., 2012