

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – IFCH
GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

Alice Gibeke Siqueira Dalmolin

**O CUIDADO EM SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA ANÁLISE
DA IMPLEMENTAÇÃO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA EM
MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre

2022

Alice Gibeke Siqueira Dalmolin

**O CUIDADO EM SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA ANÁLISE
DA IMPLEMENTAÇÃO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA EM
MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharela em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Leite Lima

Porto Alegre

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

REITOR

Carlos André Bulhões

VICE-REITORA

Patrícia Pranke

INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

DIRETOR

Hélio Ricardo de Couto Alves

VICE-DIRETOR

Alex Niche Teixeira

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

COORDENADORA

Luciana Leite Lima

COORDENADOR-SUBSTITUTO

Sérgio Simoni Júnior

CIP - Catalogação na Publicação

Gibeke Siqueira Dalmolin, Alice
O CUIDADO EM SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA:
UMA ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DAS EQUIPES DE
CONSULTÓRIO NA RUA EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL / Alice Gibeke Siqueira Dalmolin. --
2022.
58 f.
Orientador: Luciana Leite Lima.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Filosofia e Ciências Humanas, Curso de Políticas
Públicas, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. equipes de consultório na rua. 2. implementação.
3. políticas públicas. I. Leite Lima, Luciana, orient.
II. Título.

Alice Gibeke Siqueira Dalmolin

O CUIDADO EM SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA ANÁLISE DA
IMPLEMENTAÇÃO DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA EM MUNICÍPIOS DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Trabalho de conclusão de curso de graduação
apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharela em Políticas Públicas.

Porto Alegre, ____/____/____

Resultado: _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Luciana Leite Lima,
Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof.^a Dr.^a Letícia Maria Schabbach
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Doutorando Rafael Barbosa de Aguiar
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

O Bicho, de Manuel Bandeira

Vi ontem um bicho
Na imundície do pátio
Catando comida entre os detritos.

Quando achava alguma coisa,
Não examinava nem cheirava:
Engolia com voracidade.

O bicho não era um cão,
Não era um gato,
Não era um rato.

O bicho, meu Deus, era um homem.

RESUMO

O estado do Rio Grande do Sul possui atualmente nove equipes de Consultório na Rua em sete municípios gaúchos para atendimentos específicos de pessoas em situação de rua. Por meio das abordagens de interação e controle da análise de políticas públicas, o estudo objetivou analisar a implementação da Estratégia Consultório na Rua nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. A pesquisa teve abordagem qualitativa e envolveu a aplicação de formulário eletrônico às equipes de Consultório na Rua com o objetivo de analisar o alinhamento do desenho da política com a sua implementação. Como resultado, percebeu-se que, de forma geral, as equipes implementam a política de acordo com o seu desenho. No entanto, esse processo possui limitações no que diz respeito à intersetorialidade e ao cumprimento de algumas diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua.

Palavras-chave: equipes de Consultório na Rua; implementação; políticas públicas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Quantidade de publicações por ano	20
Figura 2 - Temas abordados.....	21

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos documentos na pesquisa.	17
Quadro 2 – Documentos selecionados para a revisão sistemática.....	18
Quadro 3 – Características da busca ativa realizada pelas eCR.	42
Quadro 4 – Características das atividades <i>in loco</i> e itinerantes desempenhadas pelas eCR	43
Quadro 5 – Cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.....	45
Quadro 6 – Diretrizes do desenho e o cumprimento das equipes.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Protocolo de pesquisa e número de trabalhos sobre a PNPSR e PCR.....	16
Tabela 2 – Documentos selecionados para compor a pesquisa por base de dados.	18

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	METODOLOGIA DA PESQUISA.....	14
3	REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA ACERCA DA POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA.....	16
4	IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	24
5	POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	30
5.1	ESTRATÉGIA CONSULTÓRIO NA RUA	31
6	IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA CONSULTÓRIO NA RUA EM MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL.....	37
7	CONCLUSÕES	48
	REFERÊNCIAS	50
	APÊNDICES.....	55

1 INTRODUÇÃO

Em março de 2020, havia 221.869 pessoas em situação de rua no Brasil, segundo dados do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (FERREIRA, 2022).

Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009, p. 1).

As condições precárias e insalubres nas quais essas pessoas vivem, somadas aos riscos e às exposições acumuladas, resultam em diversas vulnerabilidades e privações que merecem intervenções públicas específicas (MEDEIROS; CAVALCANTE, 2018). Para lidar com essa problemática, o governo federal desenvolveu a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR), formalizada no Decreto nº 7.053 de dezembro de 2009, sendo essa a primeira política nacional específica para a população em situação de rua.

A implementação da PNPSR, para responder ao objetivo proposto nas suas diretrizes, deve ocorrer “de forma descentralizada e articulada entre a União e os demais entes federativos que a ela aderirem por meio de instrumento próprio” (BRASIL, 2009, p. 1). Tal instrumento de adesão definirá as atribuições e as responsabilidades a serem compartilhadas entre as unidades da federação. Ainda, os entes da federação que aderirem à PNPSR deverão instituir comitês gestores intersetoriais constituídos por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, com a contribuição de fóruns, movimentos e entidades representativas das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2009).

Apesar de ser um marco muito importante em relação aos direitos das pessoas em situação de rua, a PNPSR não aborda especificamente os serviços de saúde para esta população. Nesse sentido, existem outros três documentos: a portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009, que institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua; a portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR) e colabora com a garantia de acesso a direitos e aos serviços públicos à população em situação de rua, e a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 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).

A PNAB, ao definir a estrutura e o funcionamento da atenção básica, apresenta, além de demais equipes, as equipes para populações específicas, dentre elas, as eCR. De acordo com a portaria nº 122, as eCR são “multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua”, incluindo a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011, p. 1). Ainda, a PNAB define que:

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos Consultórios na Rua, que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2012, p. 62).

As atividades das equipes devem acontecer de forma itinerante, ou seja, as ações devem ser desenvolvidas na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território onde está operando. Além disso, as equipes devem estar sempre articuladas com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e Núcleo de Apoio a Saúde da Família), e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil (BRASIL, 2012). A Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012, que define os critérios de cálculo do número máximo de eCR por Município, aponta que, na sua data de publicação, havia 92 Consultórios na Rua existentes no país.

Em relação à implementação da PNPSR e das eCR, uma análise da literatura aponta, por um lado, escassez de trabalhos, e por outro, as barreiras de acesso decorrentes de diversos estigmas e preconceitos (DALMOLIN; AGUIAR; LIMA 2022). Deste modo, este trabalho tem como objetivo analisar a implementação da Estratégia Consultório na Rua nos municípios do estado do Rio Grande do Sul que aderiram à política, visando a verificar o alinhamento do processo de transformação da política em ação por meio do seu desenho. Atualmente, o estado possui nove eCR em sete municípios gaúchos. Cada município conta com uma eCR, com exceção de um deles, que possui três equipes. Além disso, este trabalho também produzirá conhecimento acerca da temática, contribuindo com a desconstrução dos estigmas e preconceitos existentes, a fim de garantir que as políticas públicas para as pessoas em situação de rua abandonem as barreiras motivadas pela discriminação e atendam, de forma eficaz, às necessidades desses indivíduos.

De acordo com Macedo, Spetaço e Santos (2011), a escassez de informações acerca da população em situação de rua dificulta a tomada de decisões e a implementação de políticas públicas, tornando essa população invisível e estabelecendo uma lacuna de conhecimento sobre essa problemática. Nesse sentido, o presente trabalho justifica-se por tentar contribuir, por meio da análise da implementação da política pública, com o melhor funcionamento dos serviços de saúde às pessoas em situação de rua, especificamente das eCR do estado do Rio Grande do Sul.

2 METODOLOGIA DA PESQUISA

O interesse de trabalhar com a temática de políticas públicas para as pessoas em situação de rua se deu a partir das aulas de uma disciplina ministrada no terceiro semestre da graduação de Políticas Públicas pela professora Patrice Schuch, intitulada Etnografias do Poder e da Política. Essa disciplina tinha como objetivo analisar o significado da política na dinâmica social e cultural de diferentes grupos sociais, observando a política por diferentes pontos de vista. Foi em decorrência das discussões em sala de aula, dos textos lidos e dos trabalhos realizados que, mais tarde, este trabalho foi construído observando a relevância da temática da implementação de políticas públicas para as pessoas em situação de rua.

No sétimo semestre do curso iniciei o estágio não-obrigatório na Área Técnica da Saúde das Pessoas em Situação de Rua da Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (POPES), no Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Durante o período do estágio, participei de reuniões com profissionais que atuam em eCR, assim como com gestores que, entre outros objetivos, tinham como foco dos seus trabalhos garantir a implementação das equipes nos municípios do Rio Grande do Sul.

Uma das atividades que realizei na POPES, juntamente com demais profissionais, foi a construção do Instrumento de Melhoria e Acesso e da Qualidade da Atenção à Saúde das Pessoas em Situação de Rua (IMAQ- POP RUA). Esse documento é um questionário voltado à qualificação do planejamento e da atuação das equipes que trabalham com a população em situação de rua nos municípios do estado. A partir da elaboração das perguntas e da análise dos documentos que definem as diretrizes de organização e o funcionamento das eCR, tive a curiosidade de entender se a implementação dessa política estava ocorrendo de acordo com as definições do seu desenho nos municípios do Rio Grande do Sul.

Inicialmente, para construir o arcabouço empírico desta pesquisa, mapeou-se a literatura científica sobre a PNPSR e as eCR buscando identificar como ambas têm sido abordadas, quais os temas mais e menos discutidos e como tem sido a implementação dessas políticas (DALMOLIN; AGUIAR; LIMA, 2022). Para isso, realizou-se uma revisão sistemática da literatura; a coleta de dados foi realizada em março de 2022 nas bases de dados Capes, Scielo e Google Scholar.

A coleta de dados, para visualizar, analisar e compreender a implementação das eCR nos municípios gaúchos ocorreu por meio do envio de um formulário eletrônico para os profissionais das nove eCR do Rio Grande do Sul (APÊNDICE 1). As questões foram baseadas

na Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, documento que define as diretrizes de organização e funcionamento das eCR. As perguntas do questionário tratavam sobre a implementação das eCR e sobre os desafios para o cuidado do público-alvo da política, especialmente no que diz respeito às ações dos burocratas de nível de rua. Foi orientado que qualquer profissional da equipe poderia responder ao questionário, individualmente ou em conjunto com demais profissionais. Além disso, a participação dos profissionais foi anônima e os dados foram utilizados apenas pelas pesquisadoras para a realização deste TCC. O questionário foi enviado para as nove equipes e obtivemos, ao todo, cinco respostas ao questionário. Para manter o anonimato, os respondentes serão identificados por eCR 1, eCR 2, eCR 3, eCR 4 e eCR 5.

É importante sinalizar algumas dificuldades metodológicas que surgiram no decorrer deste trabalho. Conseguir o contato das eCR foi o primeiro dos obstáculos. A maioria das equipes não possuem seus contatos nos *sites* das prefeituras e/ou Secretarias Municipais de Saúde. Para consegui-los, foi necessário ligar e enviar *e-mails* para diversos serviços, como: UBS, CAPS, Secretarias de Saúde e prefeituras até conseguir dialogar com o público-alvo do questionário. Algumas equipes, tampouco, possuem contato telefônico, ou *e-mail*, o que impossibilitou a comunicação. As tentativas de contato com as equipes foram realizadas durante os meses de julho e agosto. Algumas equipes solicitaram autorização dos órgãos competentes para responder ao questionário.

Nesse cenário existiram dois motivos principais para quatro equipes não terem respondido ao questionário: a morosidade de retorno dos órgãos municipais e estaduais que, por sua vez, têm como competência a autorização da participação dos profissionais da saúde às pesquisas acerca dos seus trabalhos e a dificuldade de estabelecer contato e de dialogar com os profissionais das eCR.

3 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA ACERCA DA POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E DAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA

A revisão sistemática é um tipo de revisão baseada em evidências que identifica as principais contribuições científicas para um campo ou questão específica (TRANFIELD; DENYER; SMART, 2003). Nesse sentido, os documentos encontrados a partir da utilização de métodos explícitos e sistematizados de pesquisa passam por análises críticas e posterior síntese da informação selecionada (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

Para o presente trabalho objetivamos identificar e analisar as discussões acerca da PNPSR e do Programa Consultório na Rua (PCR) com vistas a mapear e a sistematizar o conhecimento produzido, a fim de fornecer contribuições teóricas e práticas. Para tanto, a revisão sistemática foi dividida em quatro etapas, conforme sugerido por Tranfield, Denyer e Smart (2003): Planejamento: identificação de palavras-chave, construção do protocolo de pesquisa, escolha e revisão da base de dados utilizada para a investigação por meio do protocolo; Seleção: definição de critérios de inclusão/exclusão, processo de seleção baseado nos critérios; Análise Descritiva: categorização da literatura e visão sumária de artigos selecionados e; Análise Temática: revisão aprofundada dos artigos, destacando o desenho da PNPSR e do PCR, bem como suas implementações e avaliações.

Planejamento: estratégia de busca

Inicialmente, foi realizada busca no Portal Periódicos CAPES devido à sua grande disponibilidade de materiais. Contudo, diante da escassez de trabalhos sobre a Política e a Estratégia, foram necessárias novas buscas em diferentes bases de dados como a Scientific Electronic Library Online (SciELO) e, por fim, Google Scholar.

Os protocolos de pesquisa utilizados foram selecionados a fim de garantir que todos os artigos relevantes dentro dos critérios de pesquisa fossem incluídos. A Tabela 1 apresenta os protocolos de pesquisa, bem como seus resultados nas bases de dados Periódicos CAPES, SciELO e Google Scholar.

Tabela 1 – Protocolo de pesquisa e número de trabalhos sobre a PNPSR e PCR.

Protocolo de Pesquisa	CAPES	SciELO	Google Scholar	Total
“Política Nacional para a População em Situação de Rua”	49	0	1400	1449

“Programa Consultório na Rua”	4	0	119	123
Política Nacional para a População em Situação de Rua	-	3	-	3
Programa Consultório na Rua	-	3	-	3
Total	53	6	1519	1578

Fonte: elaboração própria.

Na busca realizada no portal periódicos CAPES foram localizados 49 documentos para a PNPSR e quatro para o PCR. Operacionalizando a mesma busca no portal da SciELO, nenhum trabalho foi identificado. Diante disso, acrescentamos ao protocolo de busca as mesmas palavras-chave sem aspas. Como resultado, obtivemos mais seis documentos, três sobre a PNPSR e três sobre o PCR. Por fim, para o Google Scholar, surgiram 1.519 resultados, 1.400 para a política e 119 para o programa, número suficiente para que não houvesse a necessidade de uma busca mais ampla (sem aspas), totalizando 1.578 documentos.

Seleção: critérios de inclusão e exclusão

A partir da leitura dos títulos, resumos e palavras-chave, refinamos os resultados da pesquisa das publicações selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão contidos no Quadro 1. Os textos completos foram examinados se os títulos e resumos fossem ambíguos ou insuficiente para a decisão.

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão dos documentos na pesquisa.

	CAPES	SciELO/Google Scholar
Critérios de Inclusão	Estudos em português	-
	Estudos publicados a partir do ano de 2009	Estudos publicados a partir do ano de 2009
	Artigos publicados em periódicos (journals) e revisados por pares	-
	Áreas de ciências sociais/humanas e políticas públicas	-
	Estudos que levantaram a produção de políticas públicas direcionadas às PSR	Estudos que levantaram a produção de políticas públicas direcionadas às PSR
	Estudos que analisaram a necessidade de acesso a serviços de saúde da PSR	Estudos que analisaram a necessidade de acesso a serviços de saúde da PSR
	Estudos que analisaram a atuação do Programa Consultório na Rua, assim como o acesso das pessoas em situação de rua ao Programa, suas barreiras e dificuldades	Estudos que analisaram a atuação do Programa Consultório na Rua, assim como o acesso das pessoas em situação de rua ao Programa, suas barreiras e dificuldades.
Critérios de Exclusão	Estudos que tratam apenas sobre o processo de saúde-doença da população em situação de rua	Estudos que tratam apenas sobre o processo de saúde-doença da população em situação de rua
	Estudos que tratam apenas sobre o perfil da PSR	Estudos que tratam apenas sobre o perfil da PSR

	Estudos que não abordam a Política e o Programa	Estudos que não abordam a Política e o Programa
	Estudos que constam mais de uma vez na mesma ou em diferentes bases de dados	Estudos que constam mais de uma vez na mesma ou em diferentes bases de dados
	Estudos sem texto completo disponível	Estudos sem texto completo disponível
	Resenhas e dissertações	-

Fonte: elaboração própria.

Uma vez estabelecido o protocolo, executada a pesquisa no Portal Periódicos CAPES, na SciELO e Google Scholar e aplicado os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 8 artigos. No que concerne ao Google Scholar, os documentos foram submetidos, primeiramente, aos critérios de inclusão: artigos de revisão, escritos em português, a partir de 2009, resenhas, TCCs, dissertações e teses. Após a aplicação destes filtros, foram encontrados 26 artigos sobre a política e quatro sobre o programa, os quais foram submetidos aos critérios constantes no Quadro 1. A Tabela 2 exhibe a quantidade de documentos selecionados de acordo com a base de dados.

Tabela 2 – Documentos selecionados para compor a pesquisa por base de dados.

	CAPES	SciELO	Google Scholar	Total
Política Nacional da Pessoa em Situação de Rua	0	1	6	7
Programa Consultório na Rua	1	0	2*	1
Total	1	1	6	8

Fonte: elaboração própria.

Nota: Os trabalhos encontrados na busca por produções acerca do PCR também foram encontrados na busca por produções acerca da PNPSR, sendo assim, excluídos para evitar duplicidade

O Quadro 2 exhibe os documentos selecionados para a revisão sistemática por tipo, classificação QUALIS, título e autores.

Quadro 2 - Documentos selecionados para a revisão sistemática.

Tipos	Ranking QUALIS*	Título	Autor(es)	Tipo de pesquisa
TCC (graduação)	-	Produção de conhecimento da população em situação de rua no Brasil: uma revisão na literatura	ASSARIAN, 2018	Revisão
Artigo	B2	Políticas públicas de saúde direcionadas à população em situação de rua: uma revisão de literatura	SANTOS <i>et al.</i> , 2020	Revisão

TCC (especialização)	-	Serviços de saúde como lugar de acesso à população em situação de rua: revisão sistemática de literatura	ZURAWSKI, 2017	Revisão
Artigo	B5	A Atuação do Consultório na Rua Quanto ao Acesso da População em Situação de Rua aos Serviços de Saúde: Uma Revisão Literária	MACEDO; SPEÇATO; SANTOS, 2021	Revisão
Artigo	A2	O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa	ANDRADE <i>et al.</i> , 2020	Revisão
Artigo	A1	Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática	PAIVA <i>et al.</i> , 2016	Revisão
Artigo	A1	Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate	SERAFINO; LUZ, 2015	Estudo empírico
Artigo	A1	A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores	MEDEIROS; CAVALCANTE, 2018	Estudo empírico

Fonte: elaboração própria.

Nota: * Maior classificação entre todas as áreas.

Análise descritiva e temática

Por fim, os textos selecionados foram submetidos a uma análise descritiva, visando a categorização da literatura e visão sumária e análise temática. Esse procedimento consistiu em uma revisão aprofundada dos artigos por meio de análise de conteúdo utilizando o software NVivo, as categorias foram delineadas a partir da leitura dos documentos. Tais achados estão descritos na seção Resultados e Discussão.

Resultados e discussão

A partir da realização da revisão sistemática da literatura foram identificados oito artigos. Constatou-se que as publicações tratavam das limitações da implementação das eCR que produzem barreiras de acesso à população em situação de rua; produção científica acerca da população em situação de rua; e dificuldades da adesão da Estratégia Consultório na Rua. A dinâmica da implementação das políticas, em contrapartida, foi pouco abordada nos trabalhos examinados, o que evidencia a necessidade de produções que tenham como objetivo analisar e avaliar esse processo em políticas vigentes. É relevante indicar para pesquisas futuras que a revisão sistemática da literatura, para ampliar os resultados, deve ser realizada de forma mais

abrangente, testando outras palavras-chave como: Estratégia Consultório na Rua e equipes de Consultório na Rua.

O primeiro movimento de análise dos estudos selecionados foi descrevê-los conforme a quantidade de publicações, tipo de pesquisa e identificação dos temas abordados. Considerando que a PNPSR foi criada em 2009, pode-se considerar que os estudos são tardios, sendo o primeiro deles de 2015 (SERAFINO; LUZ, 2015), como mostra a Figura 1. Ademais, a quantidade de trabalhos é bastante incipiente ao longo dos sete anos em que foram identificadas publicações. Isso indica o baixo interesse que esse tipo de política tem despertado no campo da pesquisa científica.

Figura 1 - Quantidade de publicações por ano

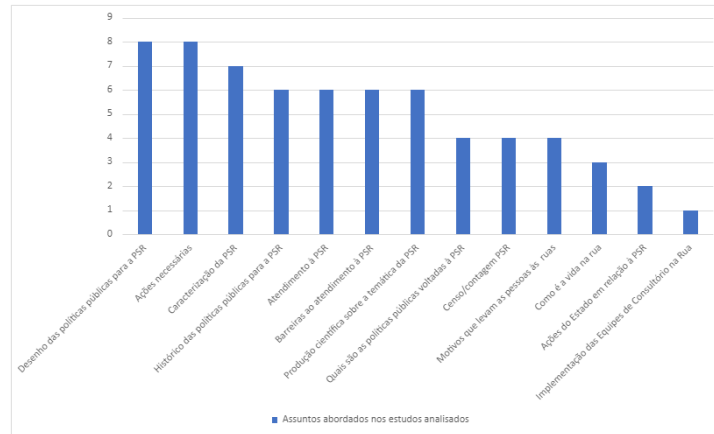


Fonte: elaboração própria.

Em relação aos tipos de pesquisa empregadas nos estudos selecionados, verifica-se a prevalência de revisões de literatura em relação aos estudos empíricos, sendo apenas dois, dos oito artigos analisados, estudos empíricos. Tal achado reforça o que foi constatado a partir dos dados da Figura 1, que o campo de produção de conhecimento acerca desse tipo de política ainda é embrionário e que os estudos existentes, curiosamente, demonstram uma preferência por um enfoque a partir de dados secundários. Além disso, é importante ressaltar que apenas um dos estudos empíricos analisados faz uso das teorias acerca da análise das políticas públicas para responder o seu objetivo proposto. Esse quadro revela oportunidades para o desenvolvimento de pesquisas empíricas.

Quanto aos temas abordados, foram identificadas diversas discussões em comum. A análise qualitativa dos documentos evidenciou treze temas, como mostra a Figura 2, dois deles foram identificados nos oito documentos: desenho das políticas públicas para a população em situação de rua e ações necessárias, em relação às políticas, para garantir a efetividade.

Figura 2 - Temas abordados



Fonte: elaboração própria.

Análise temática

A partir da identificação dos temas abordados foi possível agrupá-los em três eixos: (1) dificuldades da adesão do Consultório na Rua, (2) problemas de implementação do Consultório na Rua que produzem barreiras de acesso à população em situação de rua e (3) produção científica acerca da população em situação de rua.

Eixo 1: dificuldades da adesão do Consultório na Rua

O estudo que trata das barreiras e dos facilitadores da adesão ao Consultório na Rua demonstrou que, seguindo a lógica da maioria das políticas e dos programas de saúde no país, a implementação é descentralizada e depende da adesão discricionária dos municípios (MEDEIROS; CAVALCANTE, 2018). Nesse sentido, Medeiros e Cavalcante (2018) identificaram os fatores que incentivaram e aqueles que dificultaram esse processo. Do ponto de vista do governo federal, foram enfatizadas as estratégias de apoio à implementação realizadas pelo Ministério da Saúde, percebidas como responsáveis pelo crescimento, entre 2012 e 2015, do número de municípios participantes. Da perspectiva dos gestores locais, foram citados como facilitadores da adesão: a existência de outras políticas para o mesmo público-alvo, a disponibilidade de profissionais de saúde para compor as equipes e o financiamento federal para custeio. De outra forma, foram apontados como dificultadores: preconceito da população com o público-alvo, carência de profissionais de saúde para compor as equipes e financiamento federal considerado inadequado. Desse modo, os autores sinalizam que é necessário considerar a heterogeneidade política, socioeconômica e as capacidades dos

governos municipais, de modo a gerar cooperação interfederativa e êxito na implementação local das políticas públicas formuladas no governo federal.

Eixo 2: problemas de implementação das equipes de Consultório na Rua

Nesse eixo, são destacadas as dificuldades na implementação que acarretam restrições de acesso aos serviços, especificamente: carência de insumos, falta de local físico exclusivo para o atendimento e o preconceito dos profissionais da rede de atenção básica e hospitalar em relação ao público beneficiário (MACEDO; SPEÇATO; SANTOS, 2021). Apesar do objetivo de promover o acesso das pessoas em situação de rua à saúde, tais barreiras, juntamente com exigências de documentação e horários inflexíveis de atendimento, acabam por afastar os beneficiários dos serviços (ASSARIAN, 2018; ZURAWSKI, 2017).

Ademais, as dificuldades na utilização dos serviços da atenção primária podem reverberar na piora do quadro dos pacientes, o que faz com que a população em situação de rua procure os serviços de saúde nos níveis ambulatorial e hospitalar em estágios de adoecimento mais avançados (ANDRADE *et al.*, 2020). Por fim, a frágil intersetorialidade da rede das políticas assistenciais também se manifesta como um obstáculo ao atendimento integral das pessoas em situação de rua, uma vez que o atendimento à saúde deve estar relacionado à assistência social (SERAFINO; LUZ, 2015).

Eixo 3: produção científica acerca da população em situação de rua

Os estudos que destacaram a produção de conhecimento acerca da população em situação de rua sustentam a sua escassez (ANDRADE *et al.*, 2020; ASSARIAN, 2018; MACEDO; SPEÇATO; SANTOS, 2021; PAIVA *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2020; ZURAWSKI, 2017). De acordo com Santos *et al.* (2020, p. 17), “os estudos que abordam a temática de pessoas em situação de rua de uma forma mais abrangente, com foco em seus determinantes sociais são poucos e urgentes”. Ainda, aponta-se as vulnerabilidades e o preconceito que atingem essa população, bem como estigmas sociais que precisam ser desconstruídos. Nesse contexto, os Consultórios na Rua estariam contribuindo para a formação de um novo paradigma.

Em relação às políticas públicas para a população de rua, os estudos as caracterizaram como: impositivas, atravessadas, focalizadas, fragmentadas, paliativas, cronificantes, compensatórias, assistencialistas, higienistas, sanitaristas e setorializadas (ASSARIAN, 2018).

Com isso, ressalta-se a importância da aproximação da comunidade científica com as políticas públicas e com a sociedade civil.

Da mesma forma, as discussões acerca do direito à saúde das pessoas em situação de rua concluem que há pouca produção de conhecimento acerca do processo saúde-doença e que as políticas sociais voltadas para esse grupo são, em sua maioria, compensatórias e assistencialistas, de modo que não possibilitam a materialização desse direito (PAIVA *et al.*, 2016). Sobre isso, Zurawski (2017) identifica facilitadores de acesso, como proximidade dos serviços, dificultadores, como o preconceito e a discriminação, apontando a relevância de um atendimento humanizado, tendo em vista as especificidades dessa população.

Por fim, de forma geral, e com diferentes ênfases, os trabalhos mostram as dificuldades de acesso e de atendimento a essa população derivada de preconceito e discriminação, como resultado, as políticas públicas são caracterizadas como autoritárias e inefetivas, afastando o público-alvo. Os trabalhos abordaram, entre outros assuntos, o desenho das políticas, descrevendo as políticas existentes para a população em situação de rua. A implementação tanto da PNPSR quanto do PCR foi pouco abordada nos trabalhos examinados. Além disso, ao evidenciarem as barreiras de acesso aos serviços de saúde que a população em situação de rua vivencia, os estudos mostraram que há diversos estigmas e preconceitos que precisam ser desconstruídos para a garantia da eficácia dessas políticas, promovendo, dessa forma, a mudança da realidade social e melhorando a qualidade de vida desse público. A baixa atenção que essas políticas recebem da produção científica indica um espaço de oportunidade que esta pesquisa pretende explorar.

4 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Neste estudo vamos realizar uma análise de política pública. Esse processo busca explicar as lógicas de ação e colocar em ação as lógicas de sentido no processo de elaboração e de implementação das políticas (MULLER; SUREL 2002). Para isso, mobilizaremos a perspectiva do ciclo de políticas públicas, uma ferramenta analítica que apresenta a política pública como uma sequência de etapas distintas, porém interdependentes, guiadas por lógicas relativamente diferentes (MULLER; SUREL, 2002). O ciclo de políticas públicas é uma abordagem proposta por Lasswell (1956) que propõe observar as políticas públicas como um processo, ou seja, como um conjunto inter-relacionado de estágios nos quais os temas e as deliberações fluem de forma parcialmente sequencial, dos *inputs* (problemas) aos *outputs* (políticas públicas) (HOWLETT, 2011).

O ciclo de políticas públicas conta com cinco fases, são elas: formação da agenda; formulação das alternativas; tomada de decisão; implementação e avaliação (LASSWELL, 1956). As atribuições contemporâneas de cada uma das fases são descritas por Rosa, Lima e Aguiar (2021) como:

(a) Formação da agenda: momento em que situações percebidas como indesejáveis são transformadas em problemas sociais e disputam a atenção de atores que detêm os recursos para formular e implementar políticas públicas. (b) Formulação das alternativas: quando as comunidades de políticas elaboram alternativas de políticas públicas. (c) Tomada de decisão: fase da escolha entre as alternativas disponíveis. (d) Implementação: estágio de execução das políticas públicas e de sua adaptação aos contextos locais de ação. (e) Avaliação: atividades de produção de informações sobre a política e sua implementação (ROSA; LIMA; AGUIAR, 2021, p. 46).

A fase de implementação de políticas públicas, que sucede à tomada de decisão e antecede os primeiros esforços avaliativos, é o momento no qual são produzidos os resultados concretos da política (SECCHI, 2013). Nesta parte do ciclo, os agentes do Estado interagem diretamente com os usuários do serviço e, por este motivo, a implementação de políticas públicas depende, fortemente, da ação dos burocratas da ponta e dos instrumentos de ação estatal (LOTTA, 2019).

O processo de execução da política pode ser observado a partir de três perspectivas: *top-down* (de cima para baixo), *bottom-up* (de baixo para cima) e redes de políticas públicas (ROSA; LIMA; AGUIAR, 2021). A primeira reconhece a implementação como um processo técnico de transmissão da política às instâncias executoras, que se desenrolaria no âmbito da prática administrativa (HUPE; HILL; NANGIA, 2014). Nesse sentido, os autores Sabatier e Mazmanian (1980) definiram a implementação como execução de uma decisão de política

pública, normalmente expressa em uma norma formal. Portanto, o modelo de análise *top-down* observa a estrutura normativa formal, analisando o conjunto de normas que apresenta a estrutura e a dinâmica de funcionamento da política, definindo os objetivos, os grupos beneficiários, quem executa e suas respectivas responsabilidades; recursos que serão utilizados, como serão disponibilizados; os resultados esperados e os meios para alcançá-los, conforme apresentam Rosa, Lima e Aguiar (2021). Nesse sentido, verifica-se que uma implementação exitosa depende das características da estrutura normativa formal e do treinamento, monitoramento e controle das ações e do desempenho dos implementadores.

A segunda perspectiva de análise, *bottom-up*, observa o processo de implementação a partir das ações daqueles que executam as políticas públicas. Dessa forma, entende-se que até mesmo um ótimo planejamento seria incapaz de prever a dinâmica de um problema social, assim como as possíveis limitações das organizações executoras das políticas, os conflitos que poderão surgir ao decorrer do processo de implementação e outras situações que emergem assim que as atividades são postas em prática (ROSA; LIMA; AGUIAR, 2021). Isso acontece uma vez que os implementadores tomam decisões e promovem ações com o objetivo de adaptar a política ao contexto da implementação a fim de garantir sua execução. Assim, cada decisão tomada por essas pessoas molda a política pública, conformando-a não necessariamente da mesma forma como foi elaborada. Isso significa que as políticas se tornam eminentemente locais, ou seja, são produtos resultantes de processos, escolhas, adaptações e interpretações praticadas por diversos atores implementadores e suas ideias, interesses e crenças, conforme apontam Rosa, Lima e Aguiar (2021). Portanto, essa perspectiva reconhece que uma implementação exitosa depende da construção de capacidades de resolução de problemas e do fortalecimento de conhecimentos e habilidades técnicas e relacionais nos espaços de implementação. Além disso, na perspectiva *bottom-up*, o poder e a autoridade estão dispersos, o processo de implementação é descentralizado e a capacidade para resolver o problema depende da maximização da discricionariedade no ponto onde a estrutura administrativa o encontra (ELMORE, 1980).

Por fim, a terceira perspectiva, redes de políticas públicas, observa a implementação das políticas a partir das relações estabelecidas entre os atores para lidar com determinado problema social. Ou seja, atores que desenvolvem atividades que têm como objetivo lidar com um determinado problema social notam que sua ação isolada é limitada e que é necessário que haja integração de um conjunto mais amplo de esforços que têm o mesmo objetivo para alcançar a efetividade da implementação da política pública. A partir dessa motivação, formam-se estruturas de interação. Das decisões e ações advindas dessas redes nasceria uma política

descentralizada e com características próprias em razão das relações de interdependência e autonomia, pela gestão compartilhada e pela pluralidade de recursos (ROSA; LIMA; AGUIAR, 2021).

Em suma, de acordo com Bichir (2020, p. 23), as diferentes abordagens podem ser sintetizadas da seguinte forma:

Se os primeiros estudos, nos anos 1970, partiam de decisões centralmente formuladas e assumiam que o desenho formal era a baliza para a aferição daquilo que, de fato, viria a se tornar a política – mensurando eventuais distâncias e desvios –, a partir dos anos 1980, as análises mergulharam nas decisões localmente tomadas, em particular na interação entre os burocratas de linha de frente e os usuários das políticas, com foco tanto nas causas como nas consequências de atuações discricionárias (Lipsky, 1980; Maynard-Moody e Musheno, 2003; Faria, 2012). A partir dos anos 1990, diferentes tentativas de síntese analítica dessas perspectivas foram desenvolvidas, por meio de modelos integradores (Matland, 1995; Sabatier, 2007; Winter, 2006; entre outros).

De acordo com Lotta, "atualmente estamos na quarta geração de estudos sobre implementação" (LOTTA, 2019, p. 17). Nessa geração os estudos acerca da implementação de políticas públicas associam várias abordagens, muitas influenciadas pela Sociologia e instrumentadas para captar diversos aspectos dos processos de implementação de políticas públicas (LOTTA, 2019).

Lima e D'Ascenzi (2014) sistematizaram esses diferentes modelos de análise em três abordagens: controle, interação e cognição. Para os autores, elas "jogam com a relação, mais ou menos interdependente, entre a estrutura normativa da política pública e sua implementação" (LIMA; D'ASCENZI, 2014, p. 52). Em linhas gerais, as abordagens de controle são aquelas que focam a atenção sobre o quadro normativo da política pública e recomendam o controle das organizações e dos agentes que o transformam em prática. Nesse cenário, a burocracia seria limitada e regulada para cumprir os objetivos estabelecidos e quaisquer falhas seriam atribuídas à má formulação da política. Os modelos de análise que seguem esta linha de raciocínio enxergam as etapas de formulação e de implementação como momentos distintos.

Os modelos de análise considerados como abordagens de interação "[...] borram as fronteiras do ciclo de políticas públicas" e apontam que a implementação resulta tanto do quadro normativo quanto de questões circunstanciais (LIMA; D'ASCENZI, 2014, p. 53). Nesse sentido, os papéis dos atores seriam assinalados no plano, mas os instrumentos, arranjos e objetivos poderiam ser modificados de acordo com a necessidade pela burocracia como consequência das situações e contextos encontrados na prática. A discricionariedade da burocracia, nesses casos, tem papel substancial na operação das políticas públicas, visto que,

de acordo com os autores desta abordagem, o quadro normativo é limitado e incapaz de prever todas as circunstâncias e responder à remodelação dos problemas que se apresentam no cotidiano dos serviços (LIMA; D'ASCENZI, 2014).

As abordagens cognitivas, por sua vez, sugerem que a visão de mundo dos atores direciona seu comportamento e, sendo a implementação produto da sua ação, afeta os resultados e a organização das políticas públicas (LIMA; D'ASCENZI, 2014). Neste conjunto são analisados aspectos simbólicos e, por vezes, subjetivos da ação do Estado. Conforme síntese de Lima e D'Ascenzi (2014, p. 59):

Os trabalhos de enfoque cognitivo criticam a pretensa neutralidade dos instrumentos de operacionalização das políticas públicas. As decisões organizacionais, as políticas públicas derivadas e as formas de ação definidas são lastreadas em ideias e valores forjados no conflito social. A explicação de um problema social, as formas de intervenção e os objetivos almejados expressam, conseqüentemente, visões de mundo e relações de poder.

Em suma, os estudos que analisam a fase de implementação baseiam-se em distintas interpretações considerando os vários elementos e situações que, além do quadro normativo, moldam a execução das políticas públicas. Segundo Lima e D'Ascenzi (2019, p. 137), “[...] a escolha da abordagem traz conseqüências analíticas e propositivas, já que guia nosso olhar para determinadas estruturas e dinâmicas, bem como elege pressupostos distintos.”

Como atentam Lima e D'Ascenzi (2014), o processo de implementação de políticas públicas possui dinâmicas e estruturas próprias que produzem determinados resultados, por vezes, independentes e diferentes dos objetivos estipulados no desenho da política. Dessa forma, para entender os elementos que agem nas dinâmicas de implementação das eCR nos municípios gaúchos, este trabalho utilizará referências dos modelos analíticos que olham para o desenho da política e para a ação da burocracia a fim de compreender a sua implementação: abordagens controle e interação.

Para relacionarmos esses conceitos à discussão deste trabalho, é necessário aprofundarmos a análise das abordagens que se relacionam com o objetivo dessa pesquisa. Conforme os modelos de análise de abordagem controle sugerem, “a relação entre plano e execução é de causalidade formal” (LIMA; D'ASCENZI, 2014, p. 52). Atualmente, essa é uma visão limitada do funcionamento do ciclo de políticas públicas, uma vez que considera o processo de implementação como conseqüência da formulação e enxerga as etapas do ciclo de maneira sequencial e distinta (LIMA; D'ASCENZI, 2014). Hill (2007) sugere que para que a implementação possa seguir o plano normativo da política pública, o plano deve ser claro, sem ambigüidades na definição do objetivo, do financiamento e das responsabilidades, mantendo o

controle efetivo sobre os implementadores. Dessa forma, a margem de manobra dos implementadores é limitada (LIMA; D'ASCENZI, 2014), reduzindo, inclusive, as oportunidades da operacionalização da discricionariedade dos atores que implementam a política.

De acordo com Lima e D'Ascenzi (2014), nessa abordagem, o sucesso da política é medido com base no grau de alcance dos objetivos previamente definidos. A justificativa mais comum para os fracassos está nas falhas de comunicação. É importante ressaltar que essa visão considera que os indivíduos em organizações são, de forma natural, colaborativos, tratando os conflitos de interesse e a não conformidade com os objetivos formulados como questões desviantes.

Em relação à abordagem interação, diferente da abordagem baseada no controle, não se vê as etapas do ciclo de políticas públicas como coisas distintas. Nesse sentido, a implementação é vista como o resultado de um processo de interação entre a estrutura normativa da política pública e as especificidades dos espaços de execução (LIMA; D'ASCENZI, 2014). Essa interação pode ser explicada da seguinte maneira:

Por um lado, o plano define a arena na qual o processo ocorre, o papel dos principais atores, as ferramentas permitidas de ação e a alocação de recursos, e oferece uma definição para o problema social. Por outro lado, a execução promove a adaptação dos objetivos e das ferramentas de gestão à realidade social (LIMA; D'ASCENZI, 2014, p. 54).

Dessa forma, o desenho da política pública é uma potencialidade, na qual a sua realização depende de qualidades intrínsecas e circunstâncias externas (LIMA; D'ASCENZI, 2014). De acordo com Majone e Wildavsky (1984), a política pública seria um ponto de partida, resultado de um conjunto de disposições, para um processo de experimentação, uma vez que, em virtude da racionalidade limitada, não é possível prever os comportamentos do problema social e da dinâmica da política pública no momento do seu desenho. Segundo os autores, “a implementação inclui buscar respostas e (re)formular perguntas, provocando mudanças nas soluções e na compreensão dos problemas sociais”, disso resulta um processo contínuo de mudança do plano com o objetivo de adaptá-lo ao contexto necessário (LIMA; D'ASCENZI, 2014, p. 54). Para Bardach (1980), o sucesso da implementação está em ajudar os atores a reconhecer seus erros e a corrigi-los, procurando caminhos melhores para o resultado esperado.

Por fim, devemos citar o trabalho de Lipsky (1980). Comparando com os trabalhos de Majone e Wildavski e Bardach, Lipsky restringe bastante seu objeto de interesse: preocupando-se em compreender o funcionamento do que chamou de burocracias de nível de rua (*street level*

bureaucracy), agências nas quais os trabalhadores, ofertando serviços em contato direto com os usuários, exercem a discricionariedade na execução de seus trabalhos.

Dessa forma, de acordo com Lima e D'Ascenzi (2014), a abordagem que enfatiza a interação reconhece a importância da estrutura normativa, assim como a abordagem baseada no controle, porém ela também assume que a interação dos atores com as características dos espaços de execução exerce influência sobre a implementação das políticas públicas. Nesse cenário, a discricionariedade pode ser aplicada pelos atores implementadores na execução da política, evidenciando que a dinâmica da implementação redesenha a política e modela seus resultados.

Neste trabalho, analisaremos a implementação da Estratégia Consultório na Rua tendo em vista os elementos de seu desenho. Com isso, assume-se que o desenho é uma variável relevante que deixa a sua marca na implementação. Desse modo, este trabalho se alinha às abordagens da interação e aciona um conceito de plano conforme Majone e Wildavsky (1984).

5 POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A partir da consulta da literatura acerca das pessoas em situação de rua e de outras fontes documentais, verificou-se que essa problemática só entrou na agenda do governo federal, no que se refere à formulação de políticas públicas com a perspectiva de inclusão social, em meados dos anos 2000. Nesse período, a forma como o Estado passou a se relacionar com esse segmento da população possibilitou que políticas públicas como a PNPSR fossem criadas, uma vez que houve diálogo e reconhecimento da necessidade de incluí-los socialmente (FERREIRA, 2022). A PNPSR é um marco importante no que diz respeito aos direitos da população em situação de rua, visto que a política garante os processos de participação e controle social e dá visibilidade, em escala nacional, para as necessidades desses indivíduos.

A PNPSR foi instituída pelo Decreto Federal nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, referendado pela Casa Civil da Presidência da República, juntamente aos ministérios da Educação, da Justiça, da Saúde, do Esporte, do Trabalho e Emprego, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, das Cidades e da Cultura. De maneira intersetorial, ou seja, compreendendo mais de um segmento relacionado à atenção à população em situação de rua, a PNPSR tem como objetivo geral assegurar o acesso das pessoas em situação de rua a serviços ofertados pelo governo federal e pelos governos estaduais e municipais. Os objetivos explícitos definidos no Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2019, são:

I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; II - garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua; III - instituir a contagem oficial da população em situação de rua; IV - produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede existente de cobertura de serviços públicos à população em situação de rua; V - desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a população em situação de rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos; VI - incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento; VII - implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua; VIII - incentivar a criação, divulgação e disponibilização de canais de comunicação para o recebimento de denúncias de violência contra a população em situação de rua, bem como de sugestões para o aperfeiçoamento e melhoria das políticas públicas voltadas para este segmento; IX - proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica; X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços; XI - adotar padrão básico de qualidade, segurança e conforto na estruturação e reestruturação dos serviços de acolhimento temporários, de acordo com o disposto no art. 8º; XII -

implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social; XIII - implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; e XIV - disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho (BRASIL, 2009, p. 1).

O decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, define que a implementação da PNPSR deverá ser feita de forma descentralizada. A União e os demais entes federativos, articulados entre si, deverão aderir a ela por meio de instrumento próprio, que, de acordo com o artigo 2º, "definirá as atribuições e as responsabilidades a serem compartilhadas" (BRASIL, 2009, p. 1). De acordo com os artigos 3º e 4º do Decreto supracitado, respectivamente, os entes da federação que aderirem à PNPSR deverão instituir comitês gestores intersetoriais que deverão ser compostos por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, com a contribuição de fóruns, movimentos e entidades representativas dessa parcela da população. O Poder Executivo Federal poderá estabelecer articulação com entidades públicas e privadas, sem fins lucrativos, a fim de desenvolver e executar projetos que têm como objetivo beneficiar a população em situação de rua, desde que estes estejam de acordo com os princípios, as diretrizes e os objetivos que orientam a PNPSR.

Além de instituir a PNPSR, o Decreto nº 7.053 também cria o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da PNPSR (CIAMP-Rua). Conforme a norma, o CIAMP-Rua deve ser integrado por representantes da sociedade civil e por um representante de Secretarias e Ministérios do Governo Federal. (BRASIL, 2009, p. 1). Em relação à representação da sociedade civil, deve haver representação de cinco organizações de âmbito nacional da população em situação de rua e quatro de entidades que trabalham com a população em situação de rua (BRASIL, 2009, p. 1). O decreto também apresenta as atribuições do CIAMP-Rua.

5.1 ESTRATÉGIA CONSULTÓRIO NA RUA

Embora a Constituição Federal Brasileira de 1988 tenha determinado a saúde como direito de todos e dever do Estado, e estabelecido a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990), cuja implementação teve início nos anos 1990, a população brasileira não tem acesso a esse direito de forma equânime e integral (MACEDO; SPETAÇO; SANTOS, 2011). A fim de lidar com essa problemática, no que diz respeito à população em situação de rua, em 2011, a PNAB trouxe a concepção das eCR, as quais se constituem em

equipes para o cuidado integral da população em situação de rua e atuam de forma itinerante e integrada com demais serviços. Com o objetivo de ofertar à população em situação de rua acesso integral à saúde, à atenção humanizada e à proteção, “envolvendo diversos atores” (BARBOSA, 2018, p. 57) foram criadas as equipes do consultório na rua.

A Estratégia do Governo Federal criada nos anos 2000 pôde utilizar como referência a experiência da equipe de Consultório de Rua produzida no início de 1999 pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD). A CETAD, instituição originada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), criou a eCR como resposta ao problema de crianças em situação de rua e uso de drogas no município baiano (BARBOSA, 2018). De forma geral, o projeto originou-se a partir do resultado de uma pesquisa etnográfica que observou e constatou que meninos e meninas em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas, em Salvador raramente chegavam ao CETAD e, entre os que chegavam, poucos davam continuidade ao tratamento. Nesse sentido, como forma de intervir nesse contexto, a fim de ofertar cuidado a esse público, propôs-se a criação de um novo tipo de serviço que o alcançasse diretamente (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012). Ainda em 1999, o projeto foi concretizado a partir de uma parceria com a Prefeitura Municipal de Salvador (BRASIL, 2010).

Macedo, Spetaço e Santos (2011, p. 664) sintetizam e apresentam o início da implementação do eCR da seguinte forma:

Salvador, em 2004, vinculou a eCR ao Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD). Nesse período o eCR atendia principalmente crianças e adolescentes usuários de drogas que viviam nas ruas em condições de extrema vulnerabilidade, no entanto com o tempo o atendimento foi ampliado a outras faixas etárias vulneráveis, porém sempre priorizando o público infanto-juvenil. Sua estrutura de funcionamento era composta por uma equipe pequena, com formação multidisciplinar que utilizavam vans para o deslocamento dos profissionais e insumos. O propósito do eCR era oferecer aos usuários de substâncias psicoativas recursos para os cuidados básicos de saúde, atendendo-os em seus locais de permanência e encaminhando as demandas mais complexas para a rede de saúde. Nesse sentido, atuavam como uma ponte para a população que está à margem do sistema de saúde e possibilitavam sua inserção na rede (BRASIL, 2010).

Dessa forma, a experiência do Consultório de Rua em Salvador serviu como referência para novos projetos e consolidou seu lugar e sua importância na rede de atenção para usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010). As especificidades da população e os contextos do trabalho, com características específicas, determinaram as mudanças que levaram à forma mais adequada da equipe operacionalizar seu trabalho, melhorando o atendimento de acordo com as demandas e as necessidades dos usuários. A partir disso, a equipe, que já era multidisciplinar,

assumiu nova configuração, contando com profissionais de categorias que possibilitassem maior resolutividade das demandas e maior conforto para a equipe (BRASIL, 2010). A Estratégia das eCR, no entanto, depende da adesão dos municípios para ser implementada e, passados mais de nove anos desde a sua formulação, observa-se que muitos municípios optaram por não a implementar em seus territórios (BARBOSA, 2018).

Engstrom *et al.* (2016) evidenciaram que, inicialmente, as eCR se apresentavam aos usuários estabelecendo laços de confiança e vínculo, informando a possibilidade de cuidado, explicando sobre o sigilo das informações e da não obrigatoriedade de documentos de identificação para o acesso aos serviços de saúde. Para Silva *et al.* (2015), a construção dessa relação permite que os usuários passem a frequentar o sistema de saúde. Até hoje, as ações de saúde desenvolvidas pelas eCR têm como um dos seus propósitos principais o estabelecimento de vínculos com as pessoas em situação de rua (HALLAIS *et al.*, 2015), uma vez que, dessa forma, além de atender às demandas específicas das pessoas em situação de rua nos atendimentos realizados na abordagem itinerante, aumenta-se a possibilidade de os usuários buscarem os demais serviços da rede de saúde, e também assistenciais, quando necessário.

No ímpeto de medir o grau de sucesso da implementação das eCR, conforme sugerem as abordagens expostas no capítulo anterior, é indispensável analisarmos o quadro normativo da política. Dessa forma, será possível perceber, a partir das respostas dos profissionais das eCR nos formulários eletrônicos, se as eCR estão sendo implementadas de acordo com o seu desenho.

As eCR estão formalizadas em diversos documentos oficiais, entre eles: a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB, e que com o objetivo de ampliar o acesso da população em situação de rua à rede de atenção integral à saúde, traz a normatização das equipes do consultório na rua (BRASIL, 2011), e a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes de organização e funcionamento das eCR (BRASIL, 2011). A Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, estabelece as equipes como multiprofissionais que “lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua” (BRASIL, 2011, p. 1). Elas são essenciais para promoção do cuidado dessas pessoas, visto que estabelecem a articulação dos serviços de saúde que precisam ser demandados, possibilitando a produção de uma atenção integral à saúde dessa população (ANDRADE *et al.*, 2020). Para atender a essas demandas, as atividades das eCR incluem a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

Para estabelecer o cuidado dos usuários, as atividades das equipes são desempenhadas *in loco* e de forma itinerante, ou seja, as equipes saem às ruas em busca das pessoas em situação

de rua para oferecer a elas os cuidados em saúde. Para isso, "o gestor municipal de saúde deverá disponibilizar veículo para deslocamento da eCR, para viabilizar o cuidado presencial para a população de rua", sendo que ele "deverá manter a identificação visual e o grafismo da eCR, de acordo com o padrão pactuado nacionalmente" (BRASIL, 2011, p. 1).

Quando necessário, as eCR podem, e devem, utilizar as instalações das UBS do território. Além disso, as ações das equipes devem ser desenvolvidas de forma compartilhada e integrada às UBS e também com as equipes dos CAPS, dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2011). Nesse sentido, os estudos indicam que a articulação do Consultório na Rua com as Redes de Assistência Social e Atenção Psicossocial potencializa o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, posto que "a população em situação de rua requer um processo de trabalho em saúde pautado na equidade como princípio de atuação no Sistema Único de Saúde" (ANDRADE *et al.*, 2020, p. 227).

Existem três modalidades de eCR. De acordo com o artigo 3º da Portaria, a primeira modalidade de equipe é formada, minimamente, por quatro profissionais, sendo dois de nível superior e dois de nível médio; a segunda é formada por, pelo menos, seis profissionais, sendo três de nível superior e três de nível médio; e a terceira tem a mesma composição da segunda modalidade acrescida de um profissional médico. Apenas a terceira modalidade conta com um profissional médico na equipe (BRASIL, 2011). Para compor as equipes, os Consultórios na Rua poderão ser compostos pelos seguintes profissionais de saúde: enfermeiro; psicólogo; assistente social; terapeuta ocupacional; médico; agente social que, quando houver, será considerado profissional de nível médio; técnico ou auxiliar de enfermagem; e técnico em saúde bucal, sendo que, na composição de cada eCR, deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio seja superior. Além disso, todas as modalidades poderão agregar agentes comunitários de saúde, de forma a complementar as ações das eCR (BRASIL, 2011). Para que seja possível atender às necessidades da população em situação de rua do território, é determinado que "as eCR cumprirão carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais", podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana a fim de se adequar às demandas dos usuários (BRASIL, 2011, p. 1).

A presença de um profissional agente social, apesar de não ser obrigatória, é muito importante para que a política seja implementada de forma eficaz, uma vez que ele possui atribuições e desempenha atividades específicas relacionadas ao contexto de pessoas em situação de rua, visto que, de acordo com Souza, "a vida na rua expõe homens, mulheres e crianças a riscos que fazem com que essa população mereça, sob diversos aspectos, abordagem

específica das equipes de saúde" (SOUZA, 2012, p. 51). Nesse sentido, os agentes sociais executam atividades que visam a garantir a atenção, a defesa e a proteção das pessoas em situação de rua aos riscos a que estão sujeitos, sendo eles pessoais e sociais. Esses profissionais também têm como atribuição aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011). Para cumprir com essas responsabilidades, é preferível, de acordo com as diretrizes de organização e funcionamento das eCR, que os agentes sociais possuam experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua (BRASIL, 2011). Dentre as responsabilidades particulares desses profissionais estão:

[...] trabalhar junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; realizar atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas); dispensação de insumos de proteção à saúde; encaminhar e mediar o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial; e acompanhar o cuidado das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011, p. 1).

Em relação à saúde das pessoas em situação de rua, Souza (2012) apresenta que a vida nas ruas pode acentuar problemas de saúde devido ao aumento da exposição e causar novas doenças em razão da vulnerabilidade, das violências, da ingestão de alimentos e água contaminados, das variações climáticas extremas e de outros agravantes. Dessa forma, podemos afirmar que essa população possui especificidades que requerem atenção e demandam cuidados especializados e sensíveis. A tuberculose, por exemplo, acomete pessoas em situação de rua de forma particular. De acordo com estudo realizado em 2004, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) considera que a doença tem prevalência sessenta e sete vezes maior em pessoas em situação de rua em relação à população geral (ADORNO, 2004). Além disso, demais doenças podem se manifestar de maneira mais complexa em pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade (SOUZA, 2012). Nesse sentido, é importante que os profissionais de saúde possuam conhecimentos específicos para lidar com essa população. A fim de capacitar os profissionais de saúde que lidam com essa população, de acordo com a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, os profissionais das eCR terão acesso a processos de educação permanente que contemplem, especialmente, a abordagem das diferentes necessidades de saúde da população em situação de rua, assim como o desenvolvimento de competências para a prática da redução de danos (BRASIL, 2011).

A partir da verificação do desenho da política, torna-se possível realizar a comparação do quadro normativo, o que estabelece o funcionamento das eCR, com o cotidiano dos

profissionais que compõem a equipe e vivenciam diariamente, na prática, a sua implementação. Ou seja, as variáveis anteriormente apresentadas compõem o desenho da política e espera-se que sejam encontradas na sua implementação.

6 IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA CONSULTÓRIO NA RUA EM MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL

De acordo com Lima & D'Ascenzi, (2013), as abordagens sobre a implementação de políticas públicas consideradas hegemônicas compreendem a implementação, basicamente de duas maneiras. Uma delas olha para as variáveis referentes às normas que estruturam a política pública, a partir da análise sobre o seu processo de formulação, e a segunda define como variáveis o cenário local e as burocracias implementadoras, enfatizando elementos da conjuntura na qual a política será implementada. Esse processo demonstra a dinâmica de uma política pública complexa, como é o caso dos Consultórios na Rua, que é implementada por diversos atores e em contextos distintos e específicos. Seguindo essa lógica, analisaremos os dados fornecidos pelos profissionais das eCR em relação à implementação da política, assim como sobre a organização e o funcionamento do serviço, especificamente acerca da modalidade de equipe; a quantidade de profissionais; a formação dos profissionais; a experiência da(o) agente social; os processos de educação permanente; o atendimento às demandas do público alvo da política; os fatores que impedem o atendimento das demandas; o veículo próprio para as equipes; a identificação visual do veículo; as necessidades do público-alvo da política; a busca ativa; as atividades *in loco* e itinerantes; o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas e trabalho em conjunto com CAPS, UBS e serviços de urgência e emergência.

Acerca das classificações das modalidades de equipe, verificou-se que, das cinco respondentes, três possuem equipe da modalidade III e duas da modalidade II. Essas são as modalidades de equipe mais completas, uma vez que possuem maior número e diversidade de profissionais. Sendo a modalidade III a única que possui profissional médico. Das cinco equipes, três possuem a quantidade de profissionais estipulada na política correspondente com sua modalidade, respeitando, também, a parcela de profissionais de nível médio e superior para cada modalidade. As duas equipes que não estão de acordo com a norma da política, no que diz respeito às especificações das modalidades, possuem cinco e três profissionais e são ambas das modalidades III.

Em relação aos profissionais das equipes, todas elas possuem enfermeiro(a), quatro possuem assistente social e agente social, três possuem psicólogo(a) e técnico(a) de enfermagem e duas possuem médico(a). Os profissionais terapeuta ocupacional e técnico(a) em saúde bucal estão presentes em apenas uma equipe. Aqui, cabe ressaltar que algumas equipes denominam os agentes sociais como agentes redutores de danos, e que ambos cumprem as mesmas funções.

Os agentes sociais das equipes do Consultório na Rua são atores fundamentais para a implementação da política, uma vez que possuem responsabilidades próprias e devem ter, preferencialmente, “experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua” (BRASIL, 2011, p. 1). Diferentemente dos demais profissionais, o(a) agente social é entendido como

o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011, p. 1).

Esses requisitos existem para que, além dos cuidados em saúde, as equipes também realizem a proteção da vida das pessoas em situação de rua, compreendendo as particularidades da dinâmica social desses usuários e atendendo às suas necessidades também no que diz respeito às vivências dessa população. Portanto, os agentes sociais, do mesmo modo que realizam atividades diretamente com o público-alvo da política, também têm como responsabilidade auxiliar os demais profissionais da equipe em relação à aproximação com as pessoas em situação de rua. É importante reforçar que isso faz parte dos compromissos do Consultório na Rua, uma vez que além de oferecer atenção em saúde, também trabalha com a garantia de direitos, buscando alternativas para os diversos desafios vivenciados pelos seus usuários e pretendendo que as pessoas em situação de rua sejam reconhecidas como cidadãos nos contextos em que, geralmente, são negadas (HALLAIS *et al.*, 2015). Nesse sentido, o Consultório na Rua é considerado um mecanismo da Atenção Primária capaz de desenvolver práticas e ações de promoção da saúde “que compreendam empoderamento, participação social, busca pela equidade, informação qualificada, comunicação e educação em saúde, de maneira a ampliar o cuidado e a efetividade em suas práticas.” (ENGSTROM *et al.*, 2016, p. 1841).

Analisando a atuação desses profissionais nas equipes estudadas, verificou-se o grau de execução das atividades definidas no quadro normativo da política. Todas as equipes informaram que o(a) profissional acompanha o cuidado das pessoas em situação de rua e três equipes afirmaram que o(a) profissional trabalha junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas; realiza atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas); atua na dispensação de insumos de proteção à saúde; e encaminha e media o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial. Apenas uma equipe informou que os(as) agentes sociais, além dessas funções, também realizam “articulação com movimentos sociais,

associações comunitárias e demais atores sociais do território” (eCR 3). O acompanhamento dos usuários em consultas é atividade realizada e relatada por duas equipes. De acordo com uma das equipes, o(a) agente social “acompanha usuários em consultas, retira medicações de uso crônico [na farmácia] e encaminha pedido de certidão de nascimento” (eCR 2). Outra equipe menciona: “[o(a) profissional agente social] acompanha usuários até o hospital quando necessário e na retirada de medicação no serviço de atendimentos especializados e na Farmácia Municipal para usuários incapacitados de ambular” (eCR 5). A partir dessas informações, percebe-se que os profissionais agentes sociais desempenham as atividades previstas no desenho da política. Todas as atribuições propostas pela política são realizadas por pelo menos três eCR. Nenhum dos agentes sociais possui trajetória de vida em situação de rua. Em contrapartida, dois dos quatro profissionais possuem experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua.

Para ampliar os conhecimentos específicos dos profissionais das eCR, a normativa da política também prevê o acesso a processos de educação permanente que contemplem 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. Três equipes informaram que têm acesso a cursos de qualificação e educação permanente. Dentre os temas mais abordados pelas capacitações estão: os direitos e as especificidades de saúde da PSR, o uso de substâncias psicoativas e capacitações acerca das infecções sexualmente transmissíveis (IST). As equipes que afirmaram não ter acesso aos processos de educação permanente apresentaram a falta de recursos e a não disponibilização dos cursos como as razões pelas quais o acesso a esses processos está indisponível. As três equipes apresentaram que os processos de educação permanente contemplam o desenvolvimento de competências para a prática de redução de danos.

Quando questionado se a equipe atende às demandas da população em situação de rua do município, apenas uma equipe, das cinco, respondeu que sim. No caso das que acreditam que as necessidades das pessoas em situação de rua não são atendidas, os motivos são diversos:

- a) Dificuldade de locomoção em razão da falta de veículo próprio;
- b) Dificuldade de acesso da população aos equipamentos disponíveis;
- c) Dificuldade de articulação com demais atores da Rede de Atenção Psicossocial;
- d) Inexistência de serviços de saúde mental;
- e) Dificuldade e impossibilidade de acesso da população em situação de rua aos locais de banho/higiene no território
- f) Falta de Centro Pop;
- g) Falta de abrigo;

- h) Falta de albergue;
- i) Aumento do número da população em situação de rua em razão da pandemia de Coronavírus (COVID-19);
- j) Pessoas em situação de rua vindas de outras cidades;
- k) Falta de funcionários qualificados para atendimento na Casa de Passagem;
- l) Distância da Casa de Passagem dos usuários;
- m) Falta de medicação básica;
- n) Instabilidade dos funcionários que compõe a eCR;
- o) Necessidade de mais profissionais da enfermagem compondo a eCR;
- p) Sinal de internet precário para utilização do E-SUS;
- q) Falta de aparelho telefônico exclusivo para a eCR;
- r) Falha no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- s) Falta de leitos de emergência para a PSR; e
- t) Dificuldade de atendimento à população em situação de rua nas UBS em razão do preconceito.

A falta de veículo próprio resultando na incapacidade de atendimento das demandas da população em situação de rua foi uma dificuldade citada por três equipes. Não possuir veículo próprio prejudica de forma substancial o trabalho dos profissionais das eCR, uma vez que dificulta a realização da busca ativa, o transporte de seus materiais de trabalho e a identificação das equipes por parte dos usuários. A identificação do veículo, bem como a escolha dos locais e territórios, favorece as aproximações e as construções de vínculo e confiança com os usuários (BRASIL, 2010). Além disso, sem veículo próprio, o acesso ao serviço de saúde por parte dos usuários fica deficiente, uma vez que também faz parte das responsabilidades da eCR levar os usuários a atendimentos em UBS e a serviços de emergência, por exemplo. Um dos profissionais entrevistados expõe:

No caso do município 2, pela extensão, e [pela necessidade de] dividir carro com outras equipes, temos a dificuldade de locomoção, bem como a dificuldade de fazer a população acessar os equipamentos disponíveis, pela distância deles dentro do município (eCR 2).

Ainda, de acordo com as respostas dos formulários eletrônicos, observou-se que apenas duas das cinco equipes entrevistadas possuem veículo próprio, sendo que apenas um possui identificação visual conforme determina a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. A normativa da política específica: “o veículo destinado ao deslocamento da eCR deverá manter a identificação visual e o grafismo da eCR, de acordo com o padrão pactuado nacionalmente”. De acordo com Duarte (2019), a identificação da equipe, por parte dos usuários, facilita o atendimento e o acolhimento na rua, demonstrando a importância de poder reconhecer o Consultório na Rua por meio da identificação do veículo. Isso torna o SUS mais próximo,

principalmente, daqueles que não têm acesso à saúde nas instituições convencionais, em função de estigmas e preconceitos.

Os profissionais também relataram que a dificuldade de transportar os pacientes aos demais serviços de saúde tem como causa a falha no serviço de transporte do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Areladas aos motivos que impedem as equipes de atenderem às demandas da população em situação, estão as maiores necessidades dos usuários citadas pelos profissionais entrevistados:

- a. Acolhimento, acessibilidade e flexibilidade na rede de saúde;
- b. Acolhimento, acessibilidade e flexibilidade na rede de assistência social;
- c. Acesso ao tratamento de questões relacionadas à saúde mental e dependência química;
- d. Prioridade nos atendimentos;
- e. Humanização nos atendimentos, principalmente nas UPAS e hospitais.
- f. Oferta de leitos hospitalares para internação das pessoas em situação de rua;
- g. Leitos disponíveis para dependentes químicos;
- h. Oferta de alimentação básica para as pessoas em situação de rua;
- i. Confecção de documentação para as pessoas em situação de rua;
- j. Atualização de vacinas contra a COVID-19 e o tratamento das pessoas vivendo com a doença;
- k. Abrigos que atendam às necessidades da população em situação de rua;

O acesso à rede de saúde por parte da população em situação de rua foi citado por todas as eCR como uma dificuldade. A resposta de uma das equipes sintetiza os pontos que as demais também destacaram: “o atendimento em rede é bem falho, falta humanização nos atendimentos principalmente nas UPAS e hospital” (eCR 4). Outra equipe aponta como necessidades dos usuários leitos hospitalares para dependentes químicos e prioridade nos atendimentos em razão da vulnerabilidade dos usuários. Nesse sentido, fica evidente a necessidade de avançar no que diz respeito ao acesso dos usuários aos serviços, tanto de saúde quanto assistenciais, assim como à atenção às especificidades do público-alvo da política. De acordo com Vargas *et al.* (2018), o Consultório na Rua tem como uma de suas atribuições planejar e promover uma rede composta pelos serviços de saúde e de outros setores e serviços, criando relações, negociando e entendendo a lógica e a função de cada um deles, assim, podendo acolher as dificuldades e, também, tensionar a acolhida da rua e suas especificidades. Nesse sentido, na construção dessa rede, está intrínseca toda a concepção de organização do processo de trabalho das eCR, que

envolve, sobretudo, o cuidado. Isso aponta para a urgência de planejar práticas e políticas que atendam à necessidade da rua, especialmente, deve-se pensar na construção de uma rede intersetorial, visto que a falta dela prejudica o atendimento pleno às demandas da PSR.

A Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, também define que, para atender às demandas da PSR, as atividades realizadas pelas eCR devem incluir a busca ativa, ou seja, a fim de estabelecer o cuidado dos usuários, as equipes, de forma itinerante, deverão sair às ruas em busca das pessoas em situação de rua para ofertá-las os cuidados em saúde. Todas as equipes afirmaram que realizam busca ativa, entretanto, a forma com que essa prática é realizada difere entre elas. As respostas referentes à busca ativa realizada pelas equipes são diversas e estão transcritas no quadro 3.

Quadro 3 - Características da busca ativa realizada pelas eCR.

Como a equipe realiza a busca ativa?	Quais razões impossibilitam a realização da busca ativa?	eCR
“Antes com veículo, o que facilitava muito, hoje somente em territórios próximos”.	-	eCR 1
“Carro. Quando temos veículos <i>disponível</i> , realizamos busca ativa identificando o usuário, vendo suas necessidades, encaminhando para serviços de apoio”.	“Não é feita mais busca ativa pela limitação do veículo”.	eCR 2
“Disponibilizamos de carro 4 x na semana no turno da manhã, então um dia da semana a gente destina a fazer mapeamento de livre demanda, indo em territórios novos. Sempre disponibilizamos lanches para fornecer e aumentar o vínculo com o usuário. Abordagens sempre feitas geralmente por dois membros da equipe. Sempre buscando atender as necessidades do mesmo é direcionado para o profissional responsável ou para o serviço responsável. Porém sempre mantemos o acompanhamento <i>in loco</i> , e na medida do possível tentamos acompanhar os desfechos dos casos com mais complexidade, sempre trabalhando em rede”.	-	eCR 3
“Utilizamos o veículo e rodamos a cidade em busca das pessoas”.	“Antes com veículo, o que facilitava muito, hoje somente em territórios próximos”.	eCR 4

“A pé, de carro, de ônibus ou por telefone”.	“Tem dias que não tem carro disponível onde impossibilita a busca ativa”.	eCR 5
--	---	-------

Fonte: elaboração própria.

Novamente, o prejuízo que a falta de um veículo próprio ocasiona à realização do trabalho das eCR fica evidente. Essa problemática já foi apontada em outros estudos conforme exposto por Andrade *et al.* (2020), e afeta tanto à prática da busca ativa, quanto à execução do transporte da PSR. A falta desse e de outros recursos “podem enfraquecer os avanços do cuidado e da atenção à saúde direcionadas a essa população” (ANDRADE *et al.*, 2020, p. 235).

Ademais, todas as equipes afirmaram que suas atividades são desempenhadas *in loco* e de forma itinerante, conforme mostra o Quadro 4, que apresenta as respostas na íntegra das equipes acerca da forma que desenvolvem essas atividades.

Quadro 4 - Características das atividades *in loco* e itinerantes desempenhadas pelas eCR

Como acontecem as atividades <i>in loco</i> e itinerantes desempenhadas pela equipe?	eCR
“A equipe sai pelas ruas nos locais em que eles costumam se reunir, a equipe faz a abordagem, sempre respeitando as escolhas e nunca julgando. ofertamos a verificação de pressão arterial, hgt, testes rápidos, um banho, no acolhimento ofertamos documentações, confecção de [cartão] SUS, levamos e marcamos consultas para quem necessitar”.	eCR 1
“Um turno vamos no Centro Pop a enfermeira faz as vacinas bem como as carteiras que estão desatualizadas atende a demanda como curativo teste rápido, teste gravidez ou encaminhamento para Rede e agendamento médico, Assistente Social atende sua demanda e cadastramento <i>dos mesmos</i> , atuamos numa sala apropriada para atendimento individual. A Equipe mantém bom vínculo com coordenação do Centro Pop. Fizemos abordagens nas Praças, Prédios abandonados, de baixo de pontes, becos, fundos Cemitério Fragata, avenidas, arredores estádios futebol, área central, atendimento na Casa de Passagem quando solicitadas/os. Participamos do grupo da Rede para melhor desempenho das atividades. Durante a semana, avaliamos as demandas e 01 vez por semana realizamos ações no centro POP onde a maioria dos nossos usuários frequentam, realizando aconselhamento, imunizações, testagem rápida, testagem BHCG, realização de curativos quando necessário, no resto da semana realizamos busca ativa na rua (praças, avenidas, bairros etc...), quando necessário visitamos a casa de passagem onde tem usuários que ficam permanentes e outros usuários somente vão para dormir. E na segunda-feira, dia de consulta médica a tarde, a equipe fica no posto para auxiliar e acolher os usuários. Informar hospitais sobre histórico do usuário que está internado.”	eCR 2

“Realizamos busca ativa, e atividades <i>in loco</i> que mais são realizadas são cuidados de enfermagem, como curativos e vacinas. Geralmente é feita uma breve triagem dos problemas identificados redirecionando para a equipe, profissional ou serviço responsável”.	eCR 3
“Diariamente percorremos o município em busca das pessoas em situação de rua e caso necessário realizamos alguns atendimentos como testes rápidos, curativos, tratamento diretamente observado para a tuberculose, no próprio local em que se encontram”.	eCR 4
“Vamos a pé ou de carro para abordagem dos usuários”.	eCR 5

Fonte: elaboração própria.

De forma geral, as equipes realizam tarefas semelhantes e que estão de acordo com o propósito do Consultório na Rua. No estudo exploratório de Engstrom *et al.* (2016), realizou-se uma abordagem qualitativa com a eCR de Manguinhos, no Rio de Janeiro, com o objetivo de discutir as práticas da equipe. Como um dos resultados, Engstrom *et al.* (2016, p. 1884) apresentou que também fazia parte da rotina da equipe a realização de serviços e tecnologias como: “vacinação, curativos, exames laboratoriais e radiológicos, preventivo ginecológico, acesso a medicamentos, insumos como preservativos e, também, voltados à saúde bucal, dentre outros”. Essas práticas serviam também como forma de estabelecer vínculo entre os profissionais da equipe e os usuários, oportunizando o cuidado longitudinal dos pacientes (ENGSTROM *et al.*, 2016).

As equipes entrevistadas relataram a realização de serviços semelhantes, mesmo com as prováveis diferenças de contexto entre as equipes do Rio Grande do Sul e da equipe de Manguinhos, no Rio de Janeiro, evidenciando que essas práticas são coerentes com as necessidades da população em situação de rua e com a lógica da política. Não existir uma especificação das atividades que devem ser realizadas pelas equipes na normativa da política também sustenta a ideia de que as equipes atuam de forma adequada para atender às demandas dos usuários.

As atividades de cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas também são responsabilidade das eCR e, de acordo com as equipes entrevistadas, todas as realizam. Entretanto, uma vez que essas práticas também não são especificadas no quadro normativo da política, as equipes possuem diferentes estratégias para cumpri-las. No quadro abaixo estão as respostas das equipes em relação à pergunta referente ao cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

Quadro 5 - Cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas

Como é realizado o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas?	eCR
“Trabalhamos com a política de redução de danos, com encontros (café com informações) com apoio dos estagiários de medicina da UNIPAMPA”.	eCR 1
“Cuidado em liberdade, encaminhados para CAPS Álcool e Drogas (AD) porta de entrada para ser acompanhado conforme sua necessidade. Usuários quando aceitam ajuda, são encaminhados ao CAPS AD onde é realizada a triagem, dependendo da necessidade, o mesmo é encaminhado para os serviços de rede ou pode ficar acolhido no CAPS para atendimento”.	eCR 2
“Trabalhando sempre com redução de danos, redirecionando sempre que necessário ao CAPS, e realizando grupos no centro POP”.	eCR 3
“Trabalhamos junto com a equipe do CAPS AD para implementar o Projeto Terapêutico Singular (PTS)”.	eCR 4
“Normalmente, ações de redução de danos, mas também de cuidado em saúde de forma geral”.	eCR 5

Fonte: elaboração própria.

As estratégias de redução de danos foram citadas por três equipes no que diz respeito ao cuidado de usuários de álcool, crack e outras drogas. Entende-se por redução de danos um método que tem como principal foco a oferta de cuidado integral à saúde do usuário, reduzindo prejuízos consequentes ao uso de drogas e prevenindo outros sem necessariamente interferir no uso de drogas (BRASIL, 2012). Posto que o consumo de drogas faz parte do cotidiano de grande parte da PSR, e que essa condição está associada a uma série de outras vulnerabilidades que as expõem a diversos riscos, esse é um problema de grande relevância que desafia as equipes a desenvolverem as abordagens mais adequadas possíveis, de modo a diminuir danos e promover saúde. Nesse contexto, as estratégias de redução de danos são uma importante ferramenta para contribuir e enriquecer a abordagem das equipes que trabalham com essa população (BRASIL, 2012). A utilização de estratégias de redução de danos por parte das eCR para lidar com os usuários de álcool, crack e outras drogas, é, portanto, um método recomendado e que conversa com a realidade da população, visto que, de acordo com Matoso *et al.* (2018, p. 809), "pode contribuir para a construção de práticas de promoção em saúde e minimização de doenças e outros agravos”.

O trabalho em conjunto com os CAPS AD foi citado por três equipes e é considerado essencial para o cuidado dos usuários de álcool, crack e outras drogas. Novamente, a intersetorialidade se apresenta como um aspecto-chave do cuidado da PSR, e, apesar da articulação com a rede intersetorial ser citada como uma dificuldade em outros momentos, nesse caso, o cuidado dos usuários está sendo feito de maneira intersetorial. Os projetos terapêuticos singulares, mencionados pela eCR 4, são “fundamentais para a atenção integral à saúde, a

resolutividade das ações e a gestão do cuidado” (BRASIL, 2012) sendo utilizados de maneira exitosa pela eCR 4, posto que contribui para o cuidado integral das pessoas em situação de rua a partir da construção de propostas de intervenção interdisciplinares e considerando a singularidade de cada processo.

Em relação à articulação das equipes com demais serviços de saúde, todas as equipes afirmaram que desenvolvem suas atividades de forma integrada às Unidades Básicas de Saúde e quatro com as equipes de CAPS. A equipe que não atua em conjunto com o CAPS afirmou que “a falta de acolhimento das equipes e flexibilidade com essa população que é invisível” (eCR 4) é uma das razões que impossibilitam a realização dessa articulação. A articulação entre as eCR e os serviços de Urgência e Emergência ocorre com três das cinco equipes entrevistadas. Para essas duas equipes que não atuam de forma integrada, as razões impeditivas são: falta de abertura das equipes de Urgência e Emergência e dificuldade de acolhimento das pessoas em situação de rua por parte desses serviços. As equipes também afirmam que desenvolvem suas atividades com outros pontos de atenção como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro Pop.

Por fim, de forma geral, a implementação da Estratégia Consultório na Rua segue seu desenho, uma vez que cumpre com a maioria das diretrizes definidas pela portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Tudo que está estipulado no desenho da política é cumprido por pelo menos uma equipe, como apresenta o Quadro 9. Em relação à trajetória de vida dos agentes sociais, diretriz a qual nenhuma equipe está em conformidade, o desenho da política informa que: “os agentes sociais terão, preferencialmente, experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua e/ou trajetória de vida em situação de rua (BRASIL, 2011, p. 1), ou seja, a trajetória é preferível, mas não é necessária.

Quadro 6 - Diretrizes do desenho e o cumprimento das equipes

Diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua	Quantidade de equipes que estão de acordo com a diretriz
Modalidade da equipe;	3
Atribuições específicas dos profissionais agentes sociais;	4
Profissional agente social com trajetória de vida em situação de rua;	0
Profissional agente social com experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua;	2
Acesso à cursos de qualificação e educação permanente;	3
Contemplação do desenvolvimento de competências para a prática de redução de danos por parte dos processos de educação permanente;	3
Veículo próprio;	2

Veículo próprio identificado;	1
Realização de busca ativa;	5
Atividades desempenhadas <i>in loco</i> e de forma itinerante;	5
Atividades de cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas;	5
Articulação entre a equipes com demais serviços de saúde (UBS);	5
Articulação entre a equipes com demais serviços de saúde (CAPS);	4
Articulação entre a equipes com demais serviços de saúde (serviços de Urgência e Emergência);	3

Fonte: elaboração própria.

As diretrizes que não são cumpridas por todas as equipes, de forma geral, dependem de outros órgãos e serviços para serem realizadas. A disponibilização de veículo, por exemplo, deve ser feita pelo gestor de saúde do município, já as articulações entre a equipe com os demais serviços de saúde devem originar-se por meio de ambos, necessitando esforços também por parte dos CAPS e dos serviços de Urgência e Emergência dos municípios. A portaria não especifica quem irá ofertar os cursos de qualificação e educação permanente, mas afirma que as equipes terão acesso a eles. O descumprimento dessas diretrizes faz com que a equipe realize atividades de forma discricionária, quando, por falta de veículo disponível, por exemplo, realiza busca ativa a pé, de ônibus ou por telefone (eCR 5).

7 CONCLUSÕES

O objetivo dessa pesquisa foi analisar a implementação da Estratégia Consultório na Rua nos municípios do estado do Rio Grande do Sul que aderiram à estratégia, com o objetivo de verificar o alinhamento do processo de transformação da política em ação com o seu desenho. Primeiramente, foi realizada revisão sistemática da literatura científica sobre a PNPSR e as eCR, apontando que a implementação de ambos ainda é pouco explorada, sendo a maioria dos estudos encontrados são teóricos. Estudos empíricos, em contrapartida, são poucos, e por consequência, a utilização de instrumentos de análise das políticas públicas também é limitada. Para responder o objetivo proposto por esse estudo, foi empreendida pesquisa qualitativa com uso de questionário eletrônico com perguntas abertas e fechadas aplicado às eCR. O questionário abordava os aspectos da implementação conforme dispostos na estrutura normativa da política. Cinco dos sete municípios que implementam a Estratégia no estado responderam ao questionário.

Ao comparar o quadro normativo com a execução da política, por meio das respostas das equipes entrevistados, foi possível afirmar que as eCR do Rio Grande do Sul implementam a política de acordo com o seu desenho, visto que, conforme a abordagem controle sugere, o sucesso da política é medido com base no grau de alcance dos objetivos previamente definidos (LIMA; D'ASCENZI, 2014).

A partir da visualização do quadro Diretrizes do desenho e o cumprimento das equipes (Quadro 6) do capítulo anterior compreendemos que, de todas as diretrizes de organização e funcionamento das eCR, organizadas em 14 tópicos, apenas uma não é cumprida por nenhuma equipe. É importante retomar que essa, especificamente, é uma diretriz recomendada, e não obrigatória. Realização de busca ativa; atividades desempenhadas *in loco* e de forma itinerante; atividades de cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas e articulação entre as equipes com demais serviços de saúde (UBS) são diretrizes que todas as eCR estão de acordo. Essas podem ser consideradas diretrizes-chave para o cumprimento dos objetivos das equipes, uma vez que estão de acordo com a ideia de que o consultório deve estar na rua e ir até os usuários sem eles necessariamente precisarem buscar o serviço de saúde, considerando que o acesso da população em situação de rua ao sistema de saúde é dificultado por diversas barreiras que envolvem preconceitos e estigmas sociais.

Além disso, foi observado que a política é bastante plástica. As atividades *in loco* e itinerantes, assim como o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, a realização de busca ativa e a articulação das equipes com demais serviços de saúde e assistência são diretrizes

de funcionamento das equipes que não possuem instruções específicas de como devem ser realizadas. A normativa da política informa o que as equipes devem realizar, mas não orienta de que forma essas diretrizes estabelecidas deverão ser cumpridas. Considerando que não são todas as equipes que recebem cursos de educação permanente, por exemplo, os profissionais das equipes são responsáveis por cumprir as diretrizes e lidar com uma população específica sem as instruções necessárias.

Por fim, para pesquisas futuras, recomenda-se que todos os municípios sejam entrevistados e que se analise como a burocracia de nível de rua adapta os recursos e a implementação dos Consultórios na Rua de acordo com as diferentes necessidades e características encontradas na realização do serviço.

REFERÊNCIAS

- ABRÚCIO, Fernando Luiz; LOUREIRO, Maria Rita. Burocracia e Ordem Democrática: desafios contemporâneos e experiência brasileira. *In*: PIRES, Roberto; LOTTA, Gabriela; OLIVEIRA, Vanessa. **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**, Brasília: IPEA, 2018.
- ADORNO, R. C. F.; VARANDA, W. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2004, p. 23-45.
- ANDERSON, C. W. The place of principles in policy analysis. **American Political Science Review**, [s. l.], v. 73, n. 3, 1979, p. 711-723.
- ANDRADE, Rebeca *et al.* O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 46, n. 132, 2022, p. 227-239.
- ASSARIAN, Alice Mayda Porto. **Produção de conhecimento da população em situação de rua no Brasil: uma revisão na literatura**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.
- BARBOSA, José Carlos Gomes. **Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua: desafios e aprendizados**. 2018. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento, Brasília: IPEA, 2018.
- BARDACH, E. On designing implementable programs. *In*: MAJONE, G.; QUADE, E.S. (Eds.). **Pitfalls of Analysis**. London: John Wiley and Sons, 1980.
- BICHIR, Renata. Para além da fracassomania: os estudos brasileiros sobre implementação de políticas públicas. *In*: MELLO, Janine; RIBEIRO, Vanda; LOTTA, Gabriela; BONAMINO, Alicia; CARVALHO, Cynthia. **Implementação de políticas e atuação de gestores públicos: experiências recentes das políticas de redução das desigualdades**. Brasília: IPEA, p. 23-44, 2020.
- BONELLI, Francesco; FERNANDES, Antonio; COELHO, Denilson; PALMEIRA, Jamili. A atuação dos burocratas de nível de rua na implementação de políticas públicas no Brasil: uma proposta de análise expandida. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 17, ed. esp, 2019.
- BRASIL. Decreto Presidencial 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Decreto Presidencial nº 9.894, de 27 de junho de 2019. Dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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**. Brasília: FIOCRUZ, set. 2010. Disponível em: https://www.prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/consultorio_Rua.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 46, 26 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011a. 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 União**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** [S. l.]: Cortez, 2004.

DALMOLIN, Alice; Aguiar, Rafael; LIMA, Luciana. Preconceito, desconhecimento e problemas de implementação: uma revisão da literatura sobre políticas públicas para pessoas em situação de rua: **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 8, n. 9, 2022, p. 61264–61276. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n9-060>. Acesso em: 12 mar. 2022.

DUARTE, A. H. C. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. **Textos & Contexto**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2019.2.34306>. Acesso em: 12 ago. 2022.

ELMORE, Richard F. Backward mapping: implementation research and policy decisions. **Political Science Quarterly**, [s. l.], v. 94, n. 4, 1980, p. 601-616.

ENGSTROM, Elyne Montenegro *et al.* Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 6, 2016, p. 1839-1848. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/P93ybrPWRqCHtFHh4T7JkxB/?lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2022.

FERREIRA, José Carlos Gomes. **Situação de Rua**: o sofrimento social no centro do debate. 2022. Dissertação (Magister en Estado, Gobierno y Políticas Públicas) - Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, Fundação Perseu Abramo, Belo Horizonte, 2022.

FERREIRA, Vicente; MEDEIROS, Janann. **Fatores que moldam o comportamento dos burocratas de nível de rua no processo de implementação de políticas públicas**. Cadernos

EBAPE.BR, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2016. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/cebape/a/wkv5MwdYXMvzVYFLtmyqpjN/?format=pdf&lang=pt>
 Acesso em: 10 ago. 2022.

GRISA, Catia; DESIDÉRIO, Samanta; SCHNEIDER Sergio. Entre el diseño y la implementación: la dinámica de la alimentación escolar en la costa norte de Rio Grande do Sul, Brasil. *In*: SORDINI, María. **Hacer políticas sociales: Estudios sobre experiencias de implementación y gestión en América Latina**, Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora, 2022.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira *et al.* Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, n. 7, jul. 2015, p. 1497-1504. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MDJ4Q8zJvCTWDHktRGyTwzC/?lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2022.

HILL, Michael. Implementação: uma visão geral. *In*: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas Públicas**. Brasília: ENAP, 2007.

HOWLETT, Michael. **Designing public policies: principles and instruments**. Abingdon: Routledge, 2011.

HUPE, Peter; HILL, Michael James; NANGIA, Monika. Studying implementation beyond deficit analysis: The top-down view reconsidered. **Public Policy and Administration**, [s. l.], v. 29, n. 2, 2014, p. 145–163.

JORGE, Jorgina; CORRADI-WEBSTER, Clarissa. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, Florianópolis, v. 3, n. 1, 2012, p. 39-48.

LASSWELL, Harold. D. **Politics: Who Gets What, When, How**. Cleveland: Meridian Books, 1956.

LIMA, Luciana; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, [s. l.], v. 21, n. 48, dez. 2013, p. 101-110. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782013000400006>. Acesso em: 15 ago. 2022.

LIMA, Luciana; D'ASCENZI, Luciano. Estrutura normativa e implementação de políticas públicas. *In*: MADEIRA, Ligia (org.). **Avaliação de políticas públicas**. Porto Alegre: UFRGS, 2014, p. 50- 63.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação e avaliação de políticas públicas: intersecções, limites e continuidades. *In*: LOTTA, Gabriela. (org.). **Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil**, Brasília: ENAP, 2019.

LIPSKY, Michael. **Burocracia em nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos**. Brasília: ENAP, 2019.

LOTTA, Gabriela; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. (Orgs.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil: intersecções analíticas**. Brasília: Ipea, 2018, p. 23 – 57.

LOTTA, Gabriela. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. *In*: LOTTA, Gabriela. (org.). **Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil**, Brasília: ENAP, 2019.

MACEDO, Felipe Aparecido Vendrame; SPEÇATO, Layla Graciano; SANTOS, Aliny Lima dos. A atuação do consultório na rua quanto ao acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde: uma revisão literária. **Conjecturas**, [s. l.], v. 21, n. 3, 2021, p. 663-680. Disponível em: <http://www.conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/166>. Acesso em: 2 set. 2022.

MAJONE, G.; WILDAVSKY, A. Implementation as Evolution. *In*: PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. (Eds.). **Implementation**. 3. ed. Berkeley: University of California, 1984.

MATOSO, Leonardo Magela Lopes *et al.* Redução de riscos e danos: ações em saúde com pessoas em situação de rua, **SALUSVITA**, Bauru, v. 37, n. 4, 2018, p. 805-821. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v37_n4_2018/salusvita_v37_n4_2018_art_01.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

MEDEIROS, Cristiane Reis Soares; CAVALCANTE, Pedro. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua - Consultório na rua: barreiras e facilitadores. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 27, n. 3, 2018, p. 754-768.

MULLER, Pierre. **A Análise das Políticas Públicas**. Tradução de Agemir Bavaresco e Alceu R. Ferraro, Pelotas: Educat, 2002.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, 2016, p. 2595-2606.

ROSA, Júlia Gabriele Lima da; LIMA, Luciana; AGUIAR, Rafael Barbosa. **Políticas públicas**: introdução. Porto Alegre: Jacarta, 2021.

SABATIER, Paul A.; MAZMANIAN, Daniel. The implementation of public policy: a framework of analysis. **Policy Studies Journal**, [s. l.], v. 8, n. 4, 1980, p. 538-560.

SANTOS, Carla Juliete dos *et al.* Políticas públicas de saúde direcionadas à população em situação de rua: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, [s. l.] v. 9, n. 9, 2020.

SAMPAIO, Rosana; MANCINI, Marisa. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, 2007. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/689>. Acesso em: 1 set. 2022.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, categorias de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SERAFINO, Irene; LUZ, Lila Cristina Xavier. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. **Revista Katálysis**, [s. l.], v. 18, n. 1, 2015, p. 74-85.

SILVA, Carolina Cruz da et al. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do consultório na rua. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 39, 2015, p. 246-256. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PBqqKT9JyJgJndzcTcJxRMh/?lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2022.

SOUZA, David. **Especificidades do atendimento à população em situação de rua**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

TRANFIELD, David; DENYER, David; SMART, Palminder. Towards a Methodology for Developing Evidence-Informed Management Knowledge by Means of Systematic Review. **British Journal of Management**, v. 14, n. 3, 2003, p. 207–222.

VARGAS, Everson Rach *et al.* Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da atenção básica. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 42, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386134/>. Acesso em: 24 ago. 2022.

ZURAWSKI, Alissa Locatelli. **Serviços de saúde como lugar de acesso à população em situação de rua**: revisão sistemática de literatura. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Residência Integrada em Saúde Bucal – Saúde da Família e da Comunidade, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- QUESTÕES DO FORMULÁRIO ELETRÔNICO ENVIADO ÀS ECR

Pesquisa sobre a implementação das equipes de Consultório na Rua nos Municípios do Rio Grande do Sul.

Olá,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa "O cuidado em saúde de pessoas em situação de rua: uma análise da implementação das equipes de Consultório na Rua nos Municípios do Estado do Rio Grande do Sul " desenvolvida no âmbito do bacharelado em Políticas Públicas da UFRGS como trabalho de conclusão do curso (TCC) pela discente Alice Gibeke sob orientação da Professora Luciana Leite Lima.

As perguntas foram baseadas na Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Elas tratam sobre a implementação das equipes de Consultório na Rua nos Municípios do estado do Rio Grande do Sul e sobre os desafios para o cuidado dessa população.

A sua participação é anônima e os dados serão utilizados apenas pelas pesquisadoras para a realização deste TCC. Você estará livre para participar ou recusar-se a participar a qualquer tempo sem qualquer prejuízo.

Em caso de quaisquer dúvidas ou interesse em comentar o assunto, contate-me pelo e-mail alicegibeke@icloud.com.

Você aceita responder este questionário?

Sim, aceito responder o questionário.

Não aceito responder o questionário.

1.0. Em qual município fica localizada a sua equipe de Consultório na Rua?

2.0. Marque a modalidade da equipe do Consultório na Rua do seu município.

Modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro (4) profissionais, excetuando-se a/o médica/o, sendo: dois (2) profissionais de nível superior e dois (2) profissionais de nível médio.

Modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis (6) profissionais, excetuando-se a/o médica/o, sendo três (3) profissionais de nível superior e três (3) profissionais de nível médio.

Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

3.0. Quantos profissionais compõe a equipe?

4.0. Quais profissionais formam a equipe?

Enfermeira(o)

Psicóloga(o)

Assistente social

Terapeuta ocupacional

Médica(o)

Agente social

Técnica(o) ou auxiliar de enfermagem

Técnica(o) em saúde bucal

Agente comunitária(o) de saúde

Outro:

4.1. Na sua opinião, a equipe do Consultório na Rua dá conta das necessidades de atendimento da população em situação de rua do município?

Sim

Não

4.2. Se não, quais as maiores dificuldades encontradas pela equipe?

5.0. Se a equipe tiver agente social, marque as atividades que ela/ele realiza:

Trabalha junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, agregando conhecimentos básicos sobre Redução de Danos, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas;

Realiza atividades educativas e culturais (educativas e lúdicas);

Atua na dispensação de insumos de proteção à saúde;

Encaminha e media o processo de encaminhamento para Rede de Saúde e intersetorial;

Acompanha o cuidado das pessoas em situação de rua.

Outro:

5.1. Cite outras atividades que a(o) agente social realiza:

5.2. A/O agente social possui experiência prévia em atenção a pessoas em situação de rua?

Sim

Não

5.3. A/O agente social possui trajetória de vida em situação de rua?

Sim

Não

6.0. Na sua opinião, quais são as maiores necessidades da população em situação de rua que a equipe atende?

7.0. As equipes realizam busca ativa?

Sim

Não

7.1. Se sim, como a equipe realiza a busca ativa?

7.2. Se não, quais razões impossibilitam a realização da busca ativa?

8.0. As equipes realizam atividades de cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas?

Sim

Não

8.1. Se sim, como é realizado o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas?

8.2. Se não, quais razões impossibilitam a realização?

9.0. A equipe desempenha suas atividades in loco e de forma itinerante?

Sim

Não

9.1. Se sim, descreva brevemente como acontecem essas atividades.

9.2. Se não, quais razões impossibilitam a realização?

10.0. A equipe desenvolve suas atividades de forma integrada às Unidades Básicas de Saúde?

Sim

Não

10.1. Se não, quais razões impossibilitam a realização?

11.0. A equipe desenvolve suas atividades de forma integrada às equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)?

Sim

Não

11.1. Se não, quais razões impossibilitam a realização?

12.0. A equipe desenvolve suas atividades de forma integrada aos serviços de Urgência e Emergência?

Sim

Não

12.1. Se não, quais razões impossibilitam a realização?

13.0. Com quais outros pontos de atenção a equipe desenvolve suas atividades?

14.0. Qual é a carga horária de trabalho semanal da equipe?

15.0. Quais são os horários de funcionamento da equipe?

16.0. Em quais dias da semana a equipe trabalha?

17.0. A equipe tem acesso à cursos de qualificação e educação permanente?

Sim

Não

17.1. Se sim, cite alguns temas que foram abordados nas capacitações:

17.2. Se não, quais razões impossibilitam o acesso aos cursos de capacitação?

17.3. Caso a equipe tenha acesso a processos de educação permanente, eles contemplam o desenvolvimento de competências para a prática de redução de danos?

Sim

Não

A equipe não tem acesso à educação permanente

17.4. Se não, quais razões impossibilitam a realização?

18.0. A equipe possui veículo próprio?

Sim

Não

18.1. Se sim, ele mantém a identificação visual e o grafismo da equipe de Consultório na Rua, de acordo com o padrão nacional?

Sim

Não