



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E
GESTÃO PÚBLICA – FACE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO

CRISTIANE REIS SOARES MEDEIROS

ANÁLISE SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE ESPECÍFICO PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA - CONSULTÓRIO NA RUA

Relatório técnico apresentado ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Administração Pública.

BRASÍLIA – DF
2016

1 INTRODUÇÃO

Apesar de constitucionalmente garantido, o direito à saúde não é exercido de forma equânime e integral por toda a população brasileira, em parte como consequência de especificidades apresentadas por determinados grupos populacionais. Dentre esses grupos, destaca-se a população em situação de rua, cuja heterogeneidade torna necessária a elaboração de estratégias que visem contemplar as particularidades desses sujeitos, a partir da criação de serviços específicos (PRATES, PRATES e MACHADO, 2012).

Aguiar e Iriart (2012) identificaram uma gama de problemas de saúde que acomete a população em situação de rua, dentre os quais podem ser apontados como principais o abuso de substâncias psicoativas, HIV/AIDS, transtornos mentais/psiquiátricos, problemas odontológicos, dermatológicos e gastrointestinais. No entanto, muitas pessoas que estão em situação de rua procuram os serviços de saúde recorrendo à rede ambulatorial apenas quando não suportam mais a presença dos sintomas de doenças. Algumas somente acessam os serviços de saúde quando conduzidas pelo serviço de resgate ou por intermédio de instituições de assistência, pois encontram dificuldades em valerem-se deles espontaneamente (VARANDA e ADORNO, 2004).

Visando promover a equidade para esse recorte populacional, em outubro de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2011) trouxe a concepção dos Consultórios na Rua, os quais se constituem em equipes para o cuidado integral da população em situação de rua, inclusive ao uso de drogas, e independentemente da faixa etária da qual faz parte. Em janeiro de 2012, foi publicada a normativa que definiu as diretrizes de organização e funcionamento dessas equipes (BRASIL, 2012a).

Tal normativa prevê a implantação de 307 equipes de Consultórios na Rua (eCR), distribuídas no Distrito Federal e em 262 municípios brasileiros com população superior a 100 mil habitantes e que possuam um mínimo de 80 pessoas em situação de rua (BRASIL,

2012b). Municípios não elencados pela referida Portaria que comprovem a existência de pessoas em situação de rua, nos parâmetros populacionais previstos no regramento, podem solicitar o credenciamento e a implantação de eCR.

Salienta-se para o fato de que apesar do Distrito Federal e mais 262 municípios brasileiros poderem solicitar, junto ao governo federal, habilitação para implantarem equipes de Consultório na Rua (eCR), até dezembro de 2015 apenas 80 destes municípios, além do Distrito Federal, aderiram à estratégia, totalizando 115 eCR financiadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016b). Há um quantitativo maior de eCR incluídas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), porém mesmo que cadastradas no CNES pelos municípios, estas equipes não foram credenciadas pelo Ministério da Saúde e não são consideradas implantadas.

2 OBJETIVO DA PESQUISA

Considerando-se que a função precípua das eCR é garantir o acesso aos serviços de saúde para as pessoas em situação de rua, bem como articular o cuidado integral à saúde dessa população, e que a fase da implementação pode ser avaliada como uma das mais críticas no ciclo de políticas públicas, uma vez que permite visibilizar deficiências na concepção das políticas ou fragilidades relacionadas ao ambiente externo (WU et al. 2014), a pesquisa se debruça sobre a problemática de a incapacidade do programa atingir a maioria dos municípios elegíveis, após quatro anos da sua implementação. Desse modo, a pesquisa teve como objetivo investigar as razões da ausência de implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua – pela maioria dos municípios elegíveis.

3 METODOLOGIA

A pesquisa utilizou estratégia metodológica diversificada com triangulação de métodos, que se encontra detalhada a seguir.

Visando identificar as principais ações previstas para apoiar a implementação do Consultório na Rua e descrever a evolução do processo de implementação, foram realizadas entrevistas com os quatro técnicos do Ministério da Saúde (identificados, neste trabalho, como entrevistados 1, 2, 3 e 4) que participam da gestão federal do programa e acompanham a sua implementação. Utilizando-se um roteiro semiestruturado contido no Apêndice A, as entrevistas ocorreram em março, junho, julho e agosto de 2016, em Brasília-DF.

Também foi realizada análise documental, por meio da avaliação dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde dos anos de 2012 a 2015, além dos registros disponibilizados nos sítios eletrônicos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A fim de apurar as razões para a não adesão ao programa dos Consultórios na Rua, optou-se pela utilização de questionários. Para este fim, foi utilizado, neste estudo, o FormSUS (serviço de uso público disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS – para a criação de formulários na WEB).

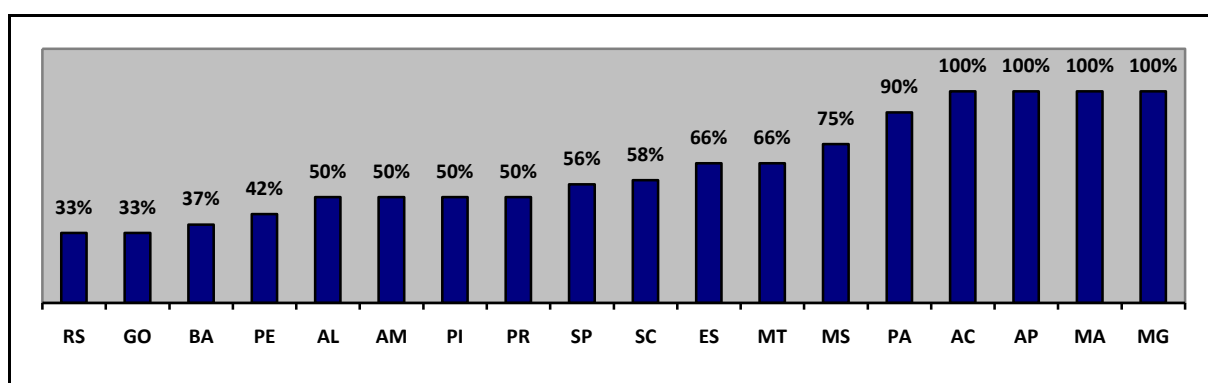
Foram utilizados dois modelos de questionários, sendo um direcionado para os municípios que possuam eCR implantada(s) – grupo de controle – e outro para municípios que não tenham implantado essas equipes. Em ambos os modelos, tanto as perguntas, quanto as opções de resposta formuladas basearam-se nas especificidades do programa Consultório na Rua e na literatura referente à implementação de políticas públicas, notadamente sobre facilitadores e barreiras pertinentes a este processo.

Foram enviados *e-mails* às secretarias de saúde de 249 dos 263 municípios elegíveis para implantação dos Consultórios na Rua, contendo solicitação para participação na pesquisa

e *link* para acesso ao questionário *online*. Do total de *e-mails* enviados foram obtidas 131 respostas, sendo 53 de municípios que possuem eCR implantadas e 78 de municípios que não implementaram o programa. O total das respostas representa 49,8% do universo dos entes federativos elegíveis à implementação do programa.

No Gráfico 1 são apresentados os percentuais dos municípios elegíveis participantes da pesquisa. O detalhamento dos quantitativos de municípios elegíveis à implementação do Consultório na Rua e de municípios que participaram da pesquisa, por estado da federação, podem ser consultados na Tabela 1.

Gráfico 1 – Percentuais de municípios elegíveis participantes da pesquisa.¹



Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 1 – Quantitativo de municípios elegíveis à implantação do consultório na rua e de municípios participantes da pesquisa.

(continua)

UF	Nº de municípios elegíveis	Nº de municípios que possuem eCR implantadas	Nº de municípios participantes que possuem eCR implantadas	Nº de municípios que não possuem eCR implantadas	Nº de municípios participantes que não possuem eCR implantadas	Total de municípios participantes
AC	1	1	1	0	0	1
AL	2	1	0	1	1	1
AM	2	1	1	1	0	1
AP	1	1	1	0	0	1
BA	16	5	1	11	5	6
CE	8	0	0	8	0	0
ES	9	2	1	7	5	6
GO	9	2	0	7	3	3
MA	3	2	2	1	1	3

¹ Não foram obtidas respostas dos municípios dos estados do CE, RJ, RN, RO, RR, SE e TO.

Tabela 1 – Quantitativo de municípios elegíveis à implantação do consultório na rua e de municípios participantes da pesquisa.

(conclusão)

MG	20 ²	12	11	8	9	20
MS	4	3	3	1	0	3
MT	3	2	2	1	0	2
PA	10	0	3 ³	10	6	9
PB	4	2	0	2	1	1
PE	12	4	2	8	3	5
PI	2	1	1	1	0	1
PR	18	3	1	15	8	9
RJ	26	10	0	16	0	0
RN	3	2	0	1	0	0
RO	1	1	0	0	0	0
RR	1	0	0	1	0	0
RS	18	4	4	14	2	2
SC	12	3	2	9	5	7
SE	2	1	0	1	0	0
SP	75	17	13	58	29	42
TO	1	0	0	1	0	0
TOT						
AL	263	80	53	183	78	131

Fonte: Elaborado pela autora.

As informações obtidas pela realização das entrevistas e pela análise documental foram examinadas utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, conforme preconizado por Bardin (2009), e o material coletado por meio da aplicação dos questionários passou pela análise exploratória de dados, também chamada estatística descritiva.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo considerou a evolução da implementação do Consultório na Rua entre os anos de 2012 e 2015 e as estratégias de apoio desenvolvidas no mesmo período, além das barreiras, facilitadores e razões para não implementação do programa na opinião dos gestores municipais.

² Um município mineiro, apesar de não constar no rol de municípios elegíveis à implantação de eCR da Portaria n. 123, teve o credenciamento para a implantação de uma eCR aprovado pelo MS, após comprovação da existência de população em situação de rua conforme parâmetros estabelecidos em normativa vigente.

³ Três municípios do estado do Pará, apesar de não possuírem eCR credenciadas pelo MS, responderam o questionário destinado ao grupo de municípios que possuem eCR implantadas, pois possuem equipes para o cuidado em saúde da população em situação de rua cadastradas no CNES e, por esse motivo, julgaram-nas como implantadas.

A partir da análise dos dados coletados verificou-se que a maior expansão na implementação do Consultório na Rua ocorreu entre 2013 e 2014, época em que houve intenso monitoramento da implantação das equipes por meio do programa “Crack, é possível vencer”, envolvendo diversos setores do governo federal e o incremento do recurso federal destinado ao custeio mensal das eCR. Por outro lado, o ritmo de expansão desacelerou em 2015, exatamente no momento em que o contingenciamento de recursos no governo federal levou à suspensão de novos credenciamentos de equipes e que não houve mobilização intersetorial para apoiar a implantação das eCR. Tal dado permite que se atribua ao governo federal parte da responsabilidade pelo baixo crescimento na implementação no referido ano.

As entrevistas com os técnicos do Ministério da Saúde responsáveis pela gestão federal do programa, além de confirmarem os dados angariados por meio da análise documental, indicaram a falta de priorização em relação à saúde da população em situação de rua como um fator importante para a implementação do Consultório na Rua. Segundo os entrevistados, o investimento em políticas públicas para esse grupo específico constitui-se em um processo que requer intensa sensibilização dos gestores e da sociedade civil em torno das necessidades apresentadas por essa parcela da população.

A participação dos estados no processo de implementação do Consultório na Rua também foi citada pelos entrevistados como uma questão a ser revista, uma vez que estes não têm tido atuação perceptível no processo de formulação e desenvolvimento das estratégias de apoio ao processo. Cabe lembrar que a implementação de políticas nacionais descentralizadas envolve técnicas de barganha, persuasão e permanente interação entre os entes federados, os quais possuem discricção para aderir ou não ao programa criado pelo governo federal. Desta forma, sugere-se maior articulação entre as três esferas de governo visando a ampliação do quantitativo de municípios com eCR implantadas.

No tocante a participação dos municípios elegíveis à implantação do Consultório na Rua, foi obtida a cooperação de 50% destes, tendo respondido ao questionário 53 municípios que possuem eCR implantadas e 78 que não aderiram ao programa. Percebeu-se que, apesar das equipes de saúde para o cuidado à população de rua estarem, de acordo com o governo federal, inseridas no escopo da atenção básica, boa parcela dos respondentes pertencia à área de saúde mental. Tal dado denota que a atenção à saúde para a população em situação de rua ainda permanece, muitas vezes, associada somente ao cuidado referente ao uso de substâncias psicoativas. Partindo do entendimento que as ações desenvolvidas pela atenção básica possibilitam a ampliação do cuidado para além da questão do uso abusivo do álcool e de outras drogas, indica-se o fortalecimento do diálogo e da ação conjunta das áreas de atenção básica e saúde mental nos territórios com o objetivo de responder com maior eficácia às demandas de saúde do povo da rua.

A pesquisa constatou o funcionamento de equipes de saúde para a população em situação de rua em municípios que não aderiram ao Consultório na Rua. De acordo com os gestores destes municípios, são variadas as razões que levam a essa situação, como a incompatibilidade entre o formato e o modo de atuação das equipes existentes e o que está posto pelo governo federal e a demora no credenciamento de novas eCR pelo Ministério da Saúde. É preciso, nesses casos, que o governo federal pondere o interesse em oficializar a implantação de tais equipes como eCR por meio da garantia de celeridade nos processos de credenciamento e, talvez, na flexibilização das diretrizes referentes à organização ao funcionamento das eCR.

Buscando atender ao objetivo da pesquisa, os gestores dos municípios participantes foram indagados sobre quais seriam os facilitadores e as barreiras à implementação do Consultório na Rua. Complementarmente, os municípios que não possuem eCR implantadas foram diretamente questionados sobre quais seriam as razões para não aderirem ao programa.

Confirmando os determinantes descritos na literatura da área, as questões assinaladas pelos gestores municipais como de influência no processo de implementação do Consultório na Rua relacionaram-se à priorização das necessidades de saúde da população em situação de rua pela gestão municipal; ao apoio da população em geral ao programa; à estrutura do programa e à compreensão das normativas a ele pertinentes; ao ônus trazido à estrutura organizacional do município; à disponibilidade de profissionais para comporem as eCR e à existência de outros serviços voltados ao cuidado da população em situação de rua; e ao financiamento do governo federal para o custeio das equipes.

Vale frisar que a presença de uma rede de cuidado à população em situação de rua foi indicada pela maior parte dos municípios participantes como facilitadora para a implementação do Consultório, robustecendo a compreensão de que é fundamental a articulação de diferentes setores para tratar das questões apresentadas por esse grupo populacional. Ademais, foi verificado que a existência dessa rede é bem maior nos municípios que possuem eCR implantadas.

A necessidade da sensibilização de políticos, gestores e sociedade acerca das necessidades do povo da rua também foi citada como relevante para gerar a priorização do desenvolvimento de ações voltadas a esse público, incluindo a implantação de eCR. Tal sensibilização deve ser trabalhada, também, junto aos profissionais de saúde a fim de se configurar como um contraponto à indisponibilidade destes em comporem as eCR.

Sobre a estrutura atual do programa e a compreensão das normativas a ele pertinentes, da análise dos dados pode-se inferir que reformulações nas normativas e na estruturação do programa poderiam promover apenas um pequeno impacto na adesão de mais municípios ao programa, visto que poucos dos que não possuem eCR implantadas percebem esses aspectos como negativos à implementação, porém seriam capazes de facilitar a execução do programa por aqueles que já o aderiram.

De todos os determinantes para a implementação do Consultório na Rua assinalados pelos municípios participantes, sem sombra de dúvida, o que mais se destacou foi a questão do financiamento do governo federal para o custeio das eCR. Depreende-se dos dados que, apesar de ter sofrido ajustes, o financiamento atual é considerado inadequado na visão dos executores, sendo, inclusive, apontado pela maioria dos municípios que não possuem equipes implantadas (63%) como razão para a não adesão ao programa.

A consolidação de políticas sociais, especialmente aquelas voltadas a populações vulneráveis, como as pessoas em situação de rua, se constitui em um grande desafio, devido à complexidade das demandas apresentadas por esses grupos. Neste sentido, a articulação entre diversos setores, nas três esferas de governo, é fundamental para a formulação de estratégias de ação abrangentes e eficazes. Na área da saúde, o Consultório na Rua representa a possibilidade de garantia do direito ao acesso e ao cuidado integral em saúde da população em situação de rua e, por esse motivo, ampliar sua implementação, nos municípios, torna-se crucial.

5 CONCLUSÃO

Apesar dos esforços desenvolvidos, até agora, pelo Ministério da Saúde para apoiar a implementação do programa, em se considerando a opinião dos seus executores, muito ainda precisa ser feito. Visando a ampliação do quantitativo de municípios com equipes de Consultórios na Rua implantadas, recomenda-se o prosseguimento do apoio à implementação por meio das seguintes estratégias:

- Revisão das normativas concernentes ao programa, visando a elaboração de diretrizes que possibilitem uma estrutura mais flexível para a organização e o funcionamento das eCR, adequados às especificidades dos territórios;

- Fortalecimento das articulações e pactuações com os demais setores do governo para implantação de serviços capazes de responder as demandas apresentadas pela população em situação de rua;
- Compromisso com a continuidade do programa, por meio da celeridade nos processos de credenciamento de novas equipes;
- Garantia, principalmente, de financiamento adequado para o custeio das eCR, o qual pode ser calculado a partir da realização de estudo de custo das equipes, nas diversas regiões do País.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. M; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 115-24, jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 122 de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 de janeiro de 2012a. Seção 1, nº 19, p. 46-7.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 123 de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 de janeiro de 2012b. Seção 1, nº 19, p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 de outubro de 2011. Seção 1, nº 204, p. 48-55.

_____. Presidência da República. **Mensagem ao Congresso Nacional, 2016**. 2ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura. Brasília: 2016a. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/mensagem-ao-congresso/mensagem-ao-congresso-nacional-2016-v2.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Relatórios de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde**. 2016b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/relatorios-de-gestao>>. Acesso em: 02 agosto 2016.

PRATES, J. C; PRATES, F. C; MACHADO, S. Populações em situação de rua: os processos de inclusão e exclusão precárias vivenciados por esse segmento. **Revista Temporalis**, v. 22, p. 191-215, 2012.

VARANDA, W; ADORNO, R.C.F. 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, p. 56-69, 2004.

WU, X; RAMESH, M; HOWLETT, M; FRITZEN, S. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**. Brasília: ENAP, 2014. Obra original publicada em 2010.