



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

BRASÍLIA – DF
2016



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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Administração Pública.

Orientador: Pedro Luiz Costa Cavalcante

BRASÍLIA – DF
2016

MC933a MEDEIROS, CRISTIANE REIS SOARES
ANÁLISE SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE
ESPECÍFICO PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA -
CONSULTÓRIO NA RUA / CRISTIANE REIS SOARES MEDEIROS;
orientador PEDRO LUIZ COSTA CAVALCANTE. -- Brasília,
2016.
86 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em
Administração) -- Universidade de Brasília, 2016.

1. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS. 2.
FEDERALISMO. 3. DESCENTRALIZAÇÃO. 4. POLÍTICAS DE
SAÚDE. 5. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA. I.
CAVALCANTE, PEDRO LUIZ COSTA , orient. II. Título.

CRISTIANE REIS SOARES MEDEIROS

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão Pública da Universidade de Brasília (PPGA/FACE/UnB) como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Administração Pública. Aprovada em 13 de setembro de 2016, por banca examinadora constituída por:

Doutor, Pedro Luiz Costa Cavalcante – Professor Orientador Programa de Pós-Graduação em Administração – Universidade de Brasília (UnB)

Doutora, Suylan de Almeida Midlej e Silva – Membro Interno Programa de Pós-Graduação em Administração – Universidade de Brasília (UnB)

Doutor, Antônio Ernesto Lassance de Albuquerque Júnior – Membro Externo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)

Doutor, Adalmir de Oliveira Gomes – Suplente Programa de Pós-Graduação em Administração – Universidade de Brasília (UnB)

BRASÍLIA – DF
2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu esposo Paulo Cezar, pelo incentivo, apoio, paciência e amor de todos os dias, e ao meu filho Miguel, que me inspira a ser, cada vez mais, um exemplo melhor para a sua vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Pedro Luiz Costa Cavalcante, por compreender meus momentos de ausência, pelos ensinamentos e valiosas orientações.

Aos Professores Dra. Suylan de Almeida Midlej e Silva e Dr. Antônio Lassance, por terem aceitado o convite para participar da banca de defesa deste trabalho, contribuindo ricamente para sua melhoria.

Ao Professor Dr. Denilson Bandeira Coêlho, pela importante colaboração no processo de qualificação deste trabalho.

A minha mãe Guiomar, por ter me ensinado a perseverar na busca pela realização dos meus sonhos.

Ao meu esposo Paulo Cezar, por nunca deixar de acreditar no meu potencial, por entender meus momentos de ausência e por ser meu porto seguro nesta jornada. Muito obrigada por todo amor, compreensão, companheirismo, apoio e paciência. Sem você esta conquista não teria sido possível.

Ao meu filho Miguel, por tornar meus dias mais felizes e me fazer querer melhorar a cada dia. Amo você para todo sempre!

Aos colegas da Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica do Ministério da Saúde, em especial à Mônica, Rosana, Marcelo, Dirceu e Raquel, pelo incentivo e colaboração.

Aos colegas do mestrado profissional, pelas experiências, angústias e anseios compartilhados.

A todos aqueles que de alguma forma colaboraram e me incentivaram na realização deste trabalho.

RESUMO

Apesar do direito à saúde ter sido estabelecido na Constituição Federal de 1988, como direito de todos e dever do Estado, sua garantia ainda não está presente para toda sociedade brasileira. Determinados grupos populacionais, como a população em situação de rua, encontram dificuldades em exercer tal direito. Atento a essa situação, o Ministério da Saúde criou o programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua – com o intuito de ampliar o acesso e a oferta de atenção integral à saúde para a essa população, porém, até 2015, apenas cerca de um terço dos municípios elegíveis a sua implementação aderiram ao programa. O objetivo deste trabalho foi investigar as razões da ausência de implementação do Consultório na Rua pela maioria dos municípios elegíveis. Foram realizadas entrevistas e análise documental visando avaliar a evolução da implementação do Consultório na Rua frente às estratégias de apoio desenvolvidas pelo governo federal. Também foram aplicados questionários aos gestores dos municípios elegíveis à implementação do programa, buscando evidenciar, na visão dos executores, quais seriam os facilitadores, as barreiras e as razões para a não implementação do Consultório na Rua. 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 equipes de Consultório na Rua (eCR); 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. Recomenda-se a 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; o 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; o compromisso com a continuidade do programa, por meio da celeridade nos processos de credenciamento de novas equipes; e, principalmente, garantir financiamento adequado para o custeio das eCR.

Palavras-chaves: Implementação de políticas públicas. Descentralização. Federalismo. Políticas de saúde. População em situação de rua.

ABSTRACT

Although the rights towards health had been established by the Federal Constitution of 1988 as universal and as a state duty, its guarantee hasn't reached part of the Brazilian society yet. Specific population groups, such as the homeless, find it especially difficult to achieve those rights. In an attempt to work this conjecture out, the Health Ministry has created a specific public policy for homeless population - the program *Consultório na Rua* - looking forward to increase the access and the services offered to this population in order to provide them integral health care. Until 2015, only about one third of the electable cities had adhered to the program. The propose of the work was to investigate the lack of implementation of *Consultório na Rua* in most of the electable cities. Interviews have been taken and documental analysis have been done in order to evaluate the *Consultório na Rua*'s implementation evolution, considering the supporting strategies developed by the Federal Government. Questionnaires have also been answered by the health managers from the electable cities for the program, aiming to highlight, according to the performers, which would be the facilities, the barriers and the reasons for the lack of implementation of *Consultório na Rua*. Confirming what is described in the area literature, the matters brought up by the municipal managers, as influencing to the implementation process of the program were related to the process of prioritizing homeless health needs; to the general popular support towards the program; to the stricture of the program and to the understanding about the its rules; to the financial burden brought to the city's organizational structure; to the professionals availability to form the *Consultório na Rua* staff; to the existence of other services designed to take care of the homeless population's health needs; and to the financial support from the Federal Government in order to pay the staffs. It's recommended that the programs regulatory documents are reviewed, making guidelines that create a more flexible structure to the implementation of *Consultório na Rua*, enabling its employment according to the local specificities; settlements between other government sectors in order to deploy services that are capable of answering the homeless population's needs are strengthen ; the commitment to the continuity of the program through the promptness towards the licensing of new *Consultório na Rua* services; and, most of all, the accurate defrayal to support the program's staffs is assured.

Key words: Public policy implementation. Decentralization. Federalism. Health policy. Homeless population.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – O Ciclo da Política Pública segundo Howlett & Ramesh.....	23
Gráfico 1 – Percentuais de municípios elegíveis participantes da pesquisa.	37
Gráfico 2 – Evolução da implementação do Consultório na Rua.....	40
Gráfico 3 – Cargo dos respondentes dos questionários	46
Gráfico 4 – Percentual de serviços direcionados para a população em situação de rua.....	49
Gráfico 5 – Facilitadores para a implementação do Consultório na Rua	50
Gráfico 6 – Barreiras para a implementação do Consultório na Rua	50
Gráfico 7 – Razões para não implantação das eCR.....	57
Gráfico 8 – Propostas para melhorar o programa dos Consultórios na Rua e facilitar a adesão de mais municípios	59

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Definições de políticas públicas	21
Quadro 2 – Barreiras de implementação	30
Quadro 3 – Exemplos de variáveis que influenciam na implementação de políticas públicas	33
Quadro 4 – Estratégias de apoio a implementação do Consultório na Rua desenvolvidas pelo Ministério da Saúde	41
Quadro 5 – Outros facilitadores e barreiras à implementação do Consultório na Rua	51
Tabela 1 – Respondentes que faziam parte de outra área da gestão, que não da Atenção Básica em saúde	47
Tabela 2 – Serviços direcionados para a população em situação de rua, exceto Consultórios na Rua	49
Tabela 3 – Outros motivos indicados pelos municípios para a não implementação do Consultório na Rua	58

LISTA DE SIGLAS

CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COSEMS	Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
eCR	equipes dos Consultórios na Rua
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
MS	Ministério da Saúde
RAG	Relatórios Anuais de Gestão
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: HISTÓRIA E CONTEXTUALIZAÇÃO	11
1.2	PROBLEMA DE PESQUISA	17
1.3	OBJETIVOS DA PESQUISA	18
1.4	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS E O CICLO DA POLÍTICA	21
2.2	FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	23
2.3	IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: BARREIRAS E FACILITADORES.....	27
3	METODOLOGIA	34
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
4.1	IMPLEMENTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA	39
4.2	A IMPLEMENTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA NOS CONTEXTOS LOCAIS	45
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICES	76
	APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	76
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA MUNICÍPIOS QUE POSSUEM EQUIPE(S) DO CONSULTÓRIO NA RUA IMPLANTADA(S).....	77
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA MUNICÍPIOS QUE NÃO POSSUEM EQUIPE(S) DO CONSULTÓRIO NA RUA IMPLANTADA(S).....	80
	APÊNDICE D – QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS ELEGÍVEIS À IMPLANTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA E DE MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	84

1 INTRODUÇÃO

1.1 SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: HISTÓRIA E CONTEXTUALIZAÇÃO

No Brasil, as políticas sociais, no período anterior à Revolução de 1930, eram caracterizadas pela fragmentação e pelo emergencialismo e, para o atendimento às questões de saúde pública, não havia um programa de ação coordenado pelo governo central, ao contrário, a atuação estatal se dava por autoridades locais (BARCELLOS, 1983).

O primeiro desenho de uma política nacional de saúde surgiu nos anos de 1930, através da criação do Ministério da Educação e Saúde, porém sua abrangência limitava-se a determinados segmentos de trabalhadores. Até 1945 os programas de saúde pública adotavam o modelo campanhista buscando a criação de condições sanitárias mínimas, necessárias para sustentar o contingente migratório. Como desdobramento do então Ministério da Educação e Saúde, em 1953 foi criado o Ministério da Saúde que contava com estrutura extremamente precária e orçamento bastante reduzido. Sua atuação na oferta de orientações sobre as políticas de saúde deu-se somente após dez anos da sua criação, com a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

Em meados da década de 1970, estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde passaram a defender mudanças na saúde, buscando sua democratização. A reforma sanitária, reivindicada pelos diferentes atores na sociedade, pretendia, portanto, colocar em pauta uma proposta bem definida e clara de reforma da saúde (MENICUCCI, 2014).

Quatro princípios orientaram o processo da reforma sanitária brasileira: científico, sanitário, ético-normativo e político. O primeiro compreende a determinação social do

processo saúde-doença, enquanto o segundo entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação. O princípio ético-normativo considera a saúde como parte dos direitos humanos e o princípio político assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática (FLEURY, 2009).

O reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado foi reafirmado em 1986, durante a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando se recomendou a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado (com atribuições específicas para a União, estados e municípios) e democrático (garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação) (PAIM, 2007).

Em 1988, a Constituição brasileira confirmou a saúde como sendo direito de todos e dever do Estado, o qual deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem ao acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde, e estabeleceu a base para a criação do SUS, cuja implementação teve início em 1990, a partir da aprovação da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), que especificava as atribuições e a organização do SUS (PAIM, TRAVASSOS, ALMEIDA, BAHIA e MACINKO, 2011).

Apesar de constitucionalmente garantido, o direito à saúde não passou a ser 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). A população em situação de rua constitui-se em um grupo heterogêneo, composto por pessoas que compartilham a condição de pobreza extrema e a falta de pertencimento à sociedade formal. Em razão do

acontecimento de algum infortúnio em suas vidas, como o rompimento de algum laço afetivo ou a perda do emprego, essas pessoas passaram a utilizar a rua como espaço de moradia e sobrevivência (COSTA, 2005).

Prates et al. (2012) apontam vários estudos, os quais constataam que os sujeitos que habitam as ruas das grandes cidades costumam apresentar históricos de vida marcados por perdas, exclusão, subalternização e desqualificação. A vulnerabilidade em que se encontram essas pessoas resulta de um conjunto de fatores individuais, sociais e contextuais (AGUIAR e IRIART, 2012). A existência de um número crescente de pessoas que estão excluídas das estruturas convencionais da sociedade resulta no comprometimento de sua saúde e, por conseguinte, na manutenção da sua sobrevivência (SILVA, FRAZÃO e LINHARES, 2014a).

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).

As condições precárias e insalubres das ruas sucedem em exposições e riscos acumulados, sobre os quais são necessárias intervenções e formas de tratamento que atendam às especificidades de cada situação. Nesses casos, os conceitos gerais de universalidade, integralidade e equidade do SUS são desafiados ao ponto de se levantar subsídios para a implementação de políticas públicas de saúde para a população em situação de rua. Considerando a segregação dessa população da organização espacial e social urbana e as

resultantes desse processo, na sua condição de saúde e na acessibilidade aos recursos públicos, uma política orientada para esse público deveria assumir um desenho singularizado (VARANDA e ADORNO, 2004).

As primeiras iniciativas de organização das pessoas em situação de rua ocorreram, na década de 1960, em algumas poucas cidades brasileiras. Com o apoio de organizações sociais, esse grupo populacional realizou, nas décadas seguintes, mobilizações e manifestações a fim de pleitear políticas públicas que garantissem sua autonomia e melhores condições de vida. Tais mobilizações tornaram-se mais frequentes entre o final da década de 1990 e o início dos anos 2000, possibilitando que a precariedade das condições de vida nas ruas fosse percebida pela sociedade e pelo poder público (MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA [MNPR], 2010).

Nesse contexto, surgiu, em 1995, um projeto-piloto no município de Salvador, na Bahia, o qual foi criado em decorrência da problemática de crianças e adolescentes que se encontravam na rua e sob o uso problemático de drogas. O então chamado Consultório de Rua constituiu-se em uma experiência desenvolvida pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (LONDERO, CECCIM e BILIBIO, 2014).

Entendendo-se que a situação da rua impõe aos sujeitos, independentemente da faixa etária a qual pertencem, uma condição de desigualdade com o restante da população, surgiram, a partir de 2004, como iniciativas municipais, os Programas de Saúde da Família sem Domicílio, posteriormente denominados Equipes de Saúde da Família para População em Situação de Rua, nos municípios de Porto Alegre, Belo Horizonte, São Paulo (SOUZA, SILVA e CARICARI, 2007) e Rio de Janeiro. O trabalho dessas equipes específicas estava voltado à população em situação de rua, com atendimento de forma itinerante, como parte da

rede de Atenção Básica à Saúde e do Programa de Atenção Integral à População Adulta de Rua presente naqueles municípios (LONDERO et al., 2014).

Em agosto de 2004, no município de São Paulo, sete moradores de rua foram executados no episódio que ficou conhecido como “Chacina da Praça da Sé”, e, semelhantemente, outros tantos também foram assassinados em vários outros municípios brasileiros. Tais fatos suscitaram, em setembro de 2005, a criação do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), o qual surgiu como representação organizada dos grupos de Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador e Cuiabá.

Também no ano de 2005, com o propósito de identificar os desafios e definir estratégias para a construção de políticas públicas que atendessem às demandas das pessoas em situação de rua, reuniram-se, no I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, representantes de governos municipais, organizações sociais das pessoas em situação de rua e do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). No ano seguinte, o então presidente Luís Inácio Lula da Silva instituiu um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), com representantes de seis ministérios, da Secretaria Especial de Direitos Humanos e da sociedade civil, com a finalidade de assegurar o desenvolvimento de estudos e a elaboração de alternativas para a formulação de uma política pública voltada para a população em situação de rua (MNPR, 2010).

Entre os anos de 2007 e 2008, foi realizada a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua em 71 cidades brasileiras com população superior a 300 mil habitantes. Considerando-se os dados dessa pesquisa realizada pelo MDS e os dados de outras pesquisas realizadas em São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre concluiu-se que havia mais de 50.000 pessoas em situação de rua no Brasil. Uma vez que crianças e adolescentes não foram contabilizadas e que municípios com população inferior a 300 mil habitantes não foram objeto do estudo, acredita-se que esse número seja bem maior.

Em maio de 2009 foi realizado o II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, o qual teve como objetivo debater a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Essa foi legalmente instituída em 23 de dezembro do mesmo ano, a partir da publicação do decreto presidencial n. 7.053 (BRASIL, 2009a).

Ainda em 2009, o Ministério da Saúde propôs que o Consultório de Rua, nos moldes do que havia sido implantado em Salvador, se constituísse em uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas, sendo incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam crack, álcool e outras drogas por intermédio de ações de saúde na rua (PLENA, DI GIOVANNI, TOTUGUI, SILVA e DELGADO, 2010).

Visando unificar a proposta do Consultório de Rua com a estratégia das Equipes de Saúde da Família para População em Situação de Rua, em 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. A formulação dessa política específica deu-se com a participação de técnicos do Ministério da Saúde, de representantes do MNPR e de organizações sociais de apoio à população em situação de rua e, em janeiro de 2012, foi publicada a normativa que definiu as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultórios na Rua (BRASIL, 2012a).

De acordo com a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009a), esse grupo populacional é predominantemente masculino, sendo em sua maioria composto por negros com idade entre 25 e 44 anos. Para os participantes da pesquisa, as principais razões para estarem em situação de rua são o alcoolismo, o uso de drogas, o desemprego e as desavenças com familiares. Muitos afirmaram sofrer discriminações ao

serem impedidos de entrar em transporte coletivo, serviços de saúde, além de outros órgãos públicos, e a maior parte não é atingida pela cobertura dos programas governamentais.

Marsiglia, Silveira e Carneiro (2005) afirmam que para combater a desigualdade no acesso aos bens e serviços, presente em alto grau na sociedade brasileira, é preciso desenvolver políticas específicas que produzam os direitos de cidadania e equidade. Para esses autores, os serviços devem ser organizados com base em padrões técnico-administrativos adequados às dinâmicas de vida dos indivíduos pertencentes aos grupos sociais mais vulneráveis.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

A inserção do programa de saúde específico para a população em situação de rua na Política Nacional de Atenção Básica, bem como a mudança da nomenclatura de “Consultório de Rua” para “Consultório na Rua”, além de objetivar a ampliação do acesso e a oferta da atenção integral à saúde, teve como propósito estabelecer uma perspectiva intersetorial para esta parcela da população. Enquanto o foco de atuação das equipes de Consultório de Rua era centrado nos usuários de álcool e outras drogas, as equipes de Consultório na Rua se propõem a uma atuação mais ampla, no interesse de fortalecer uma rede de enfrentamento às sérias questões de saúde das pessoas em situação de rua (SILVA, FRAZÃO e LINHARES, 2014b).

As equipes dos Consultórios na Rua (eCR) são multiprofissionais e lidam com os diversos problemas e necessidades de saúde apresentados pela população em situação de rua, incluindo a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Funcionam desempenhando atividades *in loco*, de forma itinerante, podendo realizar atendimentos na rua, nas unidades de saúde ou em outros locais dentro da sua área de atuação. Os recursos orçamentários para custeio das eCR são transferidos de forma regular e automática, do Fundo

Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde municipais e do Distrito Federal após o credenciamento e implantação das equipes conforme regramento definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a). A normativa também prevê a implantação de 307 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.

Diante da relevância do programa para o cuidado em saúde da população em situação de rua, justifica-se estudar a implementação do Consultório na Rua a fim de investigar as razões da sua ausência pela maioria dos municípios elegíveis.

1.3 OBJETIVOS 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 pergunta-se: quais são as razões da não implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua – pela maioria dos municípios elegíveis?

Com base nesse questionamento, propõe-se como objetivo geral desta pesquisa 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. Para alcançar tal objetivo, são propostos três objetivos específicos, descritos a seguir.

- a. Identificar as principais ações previstas para apoiar a implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua.
- b. Descrever a evolução do processo de implementação da estratégia de equipes de saúde para a população em situação de rua – Consultórios na Rua.
- c. Apurar as razões para a não adesão à estratégia de equipes de saúde para a população em situação de rua – Consultórios na Rua.

1.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Essa introdução buscou tratar do histórico no desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, especialmente no tocante às questões referentes à população em situação de rua. São descritas as principais características desse grupo populacional, incluindo as demandas de saúde mais prevalentes na rua, além dos aspectos apresentados na organização do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua – e seu atual cenário de implementação.

No Capítulo 2, aborda-se o arcabouço teórico sobre o tema das políticas públicas no concernente a sua definição, sua vinculação com o modelo federalista e o processo de descentralização. Em seguida, apresenta-se a descrição da fase da implementação de políticas, com foco nos facilitadores e barreiras a esta etapa do ciclo de políticas.

O Capítulo 3 especifica a metodologia utilizada no estudo, estabelecendo uma correlação entre as técnicas empregadas e os objetivos específicos da pesquisa. Expõe-se como ocorreu a coleta e a análise dos dados.

Os resultados da análise dos dados coletados são apresentados no Capítulo 4, em que são discutidas a evolução da implementação do Consultório na Rua, as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para apoiar tal implementação e as barreiras e facilitadores para este processo, conforme opinião dos gestores municipais. Na sequência, as considerações finais são expostas no Capítulo 5.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste Capítulo são apresentadas as definições de políticas públicas e o modelo explicativo do ciclo de políticas públicas (Seção 2.1), além da sua relação com o federalismo e a descentralização adotados no Brasil (Seção 2.2). Após, relata-se como a literatura descreve a fase de implementação, principalmente sob a ótica dos fatores determinantes para o sucesso ou fracasso dessa etapa do ciclo de políticas (Seção 2.3).

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E O CICLO DA POLÍTICA

A falta de consenso no que se refere à definição de políticas públicas, pela literatura especializada, pode ser resultante da diversidade de respostas possíveis para questionamentos acerca dos responsáveis por sua elaboração – atores estatais ou não estatais – ou mesmo pelo seu nível de abrangência – nível estratégico ou operacional (SECCHI, 2010). Birkland (2005) apresenta cinco definições principais, que são evidenciadas a seguir.

Quadro 1 – Definições de políticas públicas

DEFINIÇÃO	AUTOR
“O termo política pública refere-se, sempre, às ações do governo e às intenções que determinam essas ações.”	Cochran et al. (1999)
“Políticas públicas são o resultado de um esforço governamental em que o ‘para quem’ supera o ‘para que’”.	Cochran et al. (1999)
“O que quer que o governo escolha fazer ou não fazer.”	Dye (1992)
“Políticas públicas consistem em decisões políticas para implementar programas a fim de alcançar objetivos sociais.”	Cochran & Malone (1995)
“Políticas públicas são a soma das atividades governamentais, as quais influenciam na vida dos cidadãos.”	Peters (1999)

Fonte: Adaptado de Birkland, 2005.

Para fins de realização desta dissertação, política pública deverá ser considerada como uma conduta, proposta pelo Estado, para solucionar um problema público.

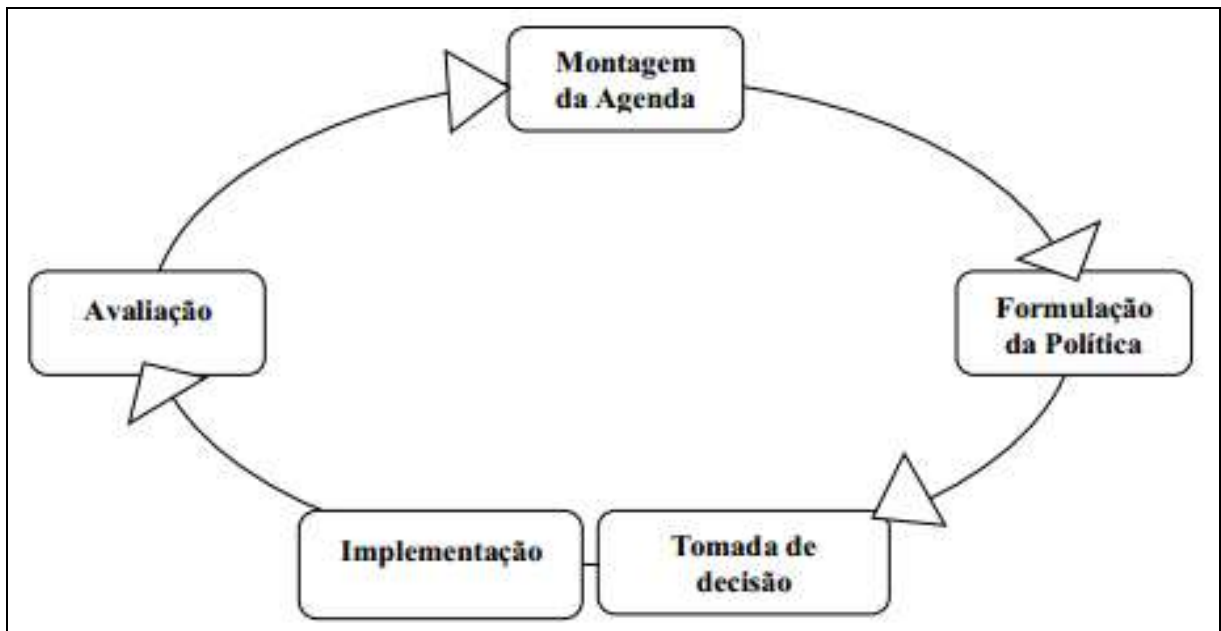
No processo de elaboração de políticas públicas, problemas são conceituados e apresentados ao governo na busca de soluções para os mesmos. As instituições

governamentais, por sua vez, desenvolvem e selecionam alternativas políticas, as quais são implementadas, avaliadas e revisadas (SABATIER, 2007). O modelo explicativo mais conhecido sobre esse processo é o do ciclo de políticas, que as percebe como um processo dinâmico e de aprendizado, constituído por várias fases (SOUZA, 2006). De acordo com a teoria do ciclo de políticas públicas, há uma relação entre os ambientes econômico, político e social e o governo, que ocorre simultaneamente à interação entre as intenções e as ações postas em prática (PINTO, 2008).

Harold Lasswell foi o pioneiro no estudo dos problemas públicos e da política com enfoque nas fases entre as décadas de 1930 e 1940. O modelo proposto por Lasswell, no entanto, considerava o processo das políticas públicas como um processo linear com as etapas estanques e, por esse motivo, passou a ser criticado a partir dos anos de 1950 (BAPTISTA e REZENDE, 2011). Lindblom (1959) questionou a racionalidade e a utilidade daquele modelo e propôs uma análise considerando o processo político decisório e a interação entre as fases.

Ao longo do tempo, outros estudiosos da política desenvolveram suas pesquisas e sugeriram novos modelos a partir das etapas propostas por Lasswell. A ideia do ciclo da política como é utilizada nos dias atuais (Figura 1) foi proposta por Howlett e Ramesh na década de 1990 e considera que a política tem início com a percepção de problemas, sobre os quais são formuladas e selecionadas propostas de solução. Tais propostas são implementadas e, em seguida, avaliadas para que seja dado início a um novo ciclo de reconhecimento de problemas-formação da agenda, formulação, implementação e avaliação de política (BAPTISTA e REZENDE, 2011).

Figura 1 – O Ciclo da Política Pública segundo Howlett & Ramesh



Fonte: Baptista e Rezende, 2011.

Apesar do processo de política pública ser considerado incerto por alguns estudiosos, em razão de não haver uma nítida separação entre as fases, o ciclo de políticas públicas auxilia na tarefa de simplificar sua complexidade (SECCHI, 2010).

No caso da política pública de saúde no Brasil, o SUS, como sua principal instituição, ocupa lugar permanente na agenda governamental e pública, seja pela importância em termos eleitorais ou pelo crescimento das demandas sociais. Além da formação da agenda, a participação social está presente em diversos momentos do ciclo da política pública – formulação, implementação e avaliação – e nos três níveis de gestão, respeitando a configuração federativa do País (MENICUCCI, 2014).

2.2 FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS

A maneira como a autoridade política é distribuída entre os Estados nacionais distingue os estados unitários dos federativos. Nestes, os governos central e locais, apesar de

possuírem autoridade sobre o mesmo território e população, são soberanos em suas respectivas alçadas e independentes entre si. A soberania confere, aos governos locais, autonomia política para implementar políticas próprias (ARRETCHE, 2002b). O federalismo possui a capacidade de ponderar e gerenciar diferenças a partir da definição de como deve ser o relacionamento entre o governo central e os governos subnacionais. Os arranjos de poderes, no que diz respeito à autonomia para decidir sobre distribuição fiscal e tributária, estrutura de arrecadação, questões políticas e definição de encargos de serviços, caracterizam as relações entre os níveis de governo nos diversos regimes federalistas (KLEINKE et al., 2009).

A existência de três esferas autônomas de governo – federal, estadual e municipal – confere certa particularidade à organização federativa no Brasil (DOURADO e ELIAS, 2011). A adoção de uma agenda própria por estados e municípios, que seja independente da agenda do governo federal, torna-se possível em razão da autonomia política e fiscal de que usufruem os entes subnacionais (ARRETCHE, 2004). Apesar da autonomia política e fiscal de que gozam os diferentes níveis de governo no federalismo, diferentes formas de transmissão de recursos e delegação de funções permitem que a gestão de uma dada política seja desempenhada por determinado nível de governo. Esta repartição dos encargos administrativos entre as esferas de governo configura a descentralização das políticas (ARRETCHE, 2002b).

A Constituição Federal de 1988, instrumento fortalecedor da federação, incluiu os municípios como entes federados autônomos e inseriu a descentralização como uma das diretrizes da política de saúde (SOUZA, 2013). A vasta extensão do território nacional e a facilidade em obter informações sobre as preferências e as necessidades da população local, devido à sua proximidade, foram cruciais na definição dos municípios como executores de grande parte das políticas públicas (CAVALCANTE, 2011).

Além de garantir à União, ao Distrito Federal, aos estados e aos municípios o status de entes federativos, detentores de autonomia administrativa, política e financeira, os movimentos que consolidaram a Carta Magna de 1988 objetivaram, principalmente, assegurar e ampliar os direitos de cidadania e garantir melhorias nos serviços prestados à população. A descentralização de poderes, pelo surgimento de novos centros de comando, beneficiou o fortalecimento da democracia, porém não foi capaz de excluir a regulação do governo federal, considerada necessária para garantir efetividade na implementação e execução dos serviços entregues à população (KLEINKE et al., 2009). Dessa forma, ainda que as forças políticas envolvidas na elaboração e promulgação da Constituição de 1988 expressassem compromisso com a redemocratização, por meio da descentralização de diversas políticas públicas, o paradigma estabelecido no País se estrutura a partir de um centro nacional forte, possuidor de competência decisória e mecanismos vastos de regulação sobre os governos subnacionais. A participação deliberativa do governo federal no estabelecimento das medidas de cooperação entre os entes federados, a sua capacidade normativa e a vinculação de incentivos a programas específicos relacionados a políticas sociais expressam tal paradigma (VIANA e MACHADO, 2009).

A elaboração de um projeto nacional de descentralização de políticas públicas, além da produção de novas capacidades nas três esferas de governo, é defendida por Abrucio (2005) como fundamental para que o repasse das funções e do papel coordenador ocorra de forma qualificada. Segundo o autor, a coordenação federativa é representada pela maneira como se processam o compartilhamento, a integração e as decisões nas federações, expressas por meio das normas legais que impõem a repartição de decisões e tarefas aos entes, da existência de recursos políticos de negociação intergovernamental e de instituições representativas e na função coordenadora do governo federal.

A efetiva atuação do governo federal é necessária para o enfrentamento de questões estruturais, como as desigualdades territoriais existentes no Brasil, que não podem ser solucionadas apenas pela ação articulada dos entes subnacionais. Os múltiplos contextos regionais devem ser levados em conta para o planejamento, a formulação e o financiamento das políticas públicas, de modo que as ofertas de políticas e de investimentos estejam adequadas às especificidades apresentadas pelos territórios (LIMA, QUEIROZ, MACHADO e VIANA, 2012).

Apesar de serem percebidas como uma atribuição dos governos para garantir o bem-estar da população, as políticas sociais, no Brasil, não são centrais como ferramentas de reconhecimento político dos governos. Dessa forma, a descentralização dessas políticas geralmente ocorre mais por indução do governo federal do que por uma competição entre os diferentes níveis de governo por prestígio político (ARRETCHE, 2002b). A implementação da gestão descentralizada de políticas públicas demanda, dos dirigentes e equipes técnicas das três esferas de governo, conhecimento técnico, operacional e político (RIBEIRO, 2009).

A autonomia política conferida aos governos locais pelo estado federativo fortalece seu poder de veto à implementação de políticas apresentadas por outra esfera de governo. Por esse motivo, as políticas propostas pelo governo federal que envolvam relações intergovernamentais devem incorporar as demandas dos governos locais, a fim de contornar o poder de veto destes (ARRETCHE, 2002a). A coordenação vertical das políticas nacionais requer, portanto, atenção para o modo como as relações federativas estão constituídas (ARRETCHE, 2004).

No caso da saúde, o financiamento e a formulação da política nacional, além da coordenação das ações intergovernamentais, ficaram constitucionalmente a cargo da União. Dessa forma, apesar de estados e municípios serem entes federativos autônomos, o governo federal possui meios institucionais para influenciar as decisões tomadas pelos governos locais,

que são bastante dependentes das normas definidas pelo Ministério da Saúde e das transferências de recursos federais (ARRETCHE, 2004). A atribuição do gestor federal, na definição das relações intergovernamentais na saúde, torna-se, portanto, estratégica na coordenação e compensação das desigualdades (VIANA e MACHADO, 2009).

A organização institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) ratifica a autonomia dos três níveis de governo na administração das práticas e dos serviços de saúde nos territórios (DOURADO e ELIAS, 2011). Assim, a implementação do SUS – por meio da execução de suas políticas e programas – evidencia, pela regulação da descentralização e pelo arranjo institucional do sistema, o esforço para o fortalecimento de uma política nacional, em um contexto federativo e democrático. Cabe lembrar que a construção de um sistema nacional de saúde, em um país federativo como o Brasil, exige a observação das necessidades regionais e a imprescindibilidade em reduzir as desigualdades, para que a cidadania nacional seja efetivada (VIANA e MACHADO, 2009).

2.3 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: BARREIRAS E FACILITADORES

O objeto de compreensão da fase de implementação de uma política pública é a sequência de acontecimentos que ocorrem após sua formulação e publicação. Isso equivale às atividades e aos eventos que se sucedem após a definição das diretrizes da política pública, incluindo o empenho em administrá-la e as consequências do processo de implementação sobre as pessoas (MAZMANIAN e SABATIER, 1989). A fase da implementação, portanto, corresponde à fase em que os produtos de uma política pública – ações, informações, regras, bens e serviços – são entregues aos beneficiários daquela política (DUPUIS e KNOEPFEL, 2013), ou seja, representa a etapa em que a política formulada é convertida em um programa,

observando-se as diretrizes e os objetivos expressos em normas regulamentadoras (SOARES e PAIM, 2011).

Os aspectos problemáticos da fase da implementação foram, por muito tempo, desprezados, em razão do entendimento de que as políticas formuladas seriam naturalmente executadas pela área administrativa dos governos. Este cenário passou a mudar somente a partir de 1973 com a publicação do estudo de Pressman e Wildavsky, em que os autores comprovaram que os programas federais de criação de emprego para moradores das áreas pobres da cidade de Oakland, nos Estados Unidos, não estavam sendo desenvolvidos como previsto pelos seus formuladores. É fato que, muitas vezes, os resultados programados durante a fase da formulação de uma política pública não são alcançados e é, por esse motivo, que surge o interesse em avaliar a fase da implementação (FREY, 2000). A necessidade de serem desenvolvidas melhorias nos processos político-administrativos, que possibilitem o aperfeiçoamento das atividades implementadoras, possui forte conexão com o campo de estudos de implementação de políticas públicas (LIMA e D'ASCENZI, 2013).

Na literatura, o processo de implementação de políticas públicas aparece descrito, basicamente, de duas maneiras: *top down e bottom up*. Na primeira, a concepção das políticas ocorre de cima para baixo, isto é, dos níveis mais centrais para os periféricos e, no segundo, esta ocorre no sentido inverso. Em ambos os modelos, a interveniência dos atores envolvidos na implementação deve ser considerada na avaliação dos impactos que poderão ser produzidos sobre os resultados das políticas a serem implementadas, uma vez que os valores e interesses destes atores acabam por influenciar os processos políticos de mediação e negociação pertinente às políticas públicas (LOTTA, 2010).

Os executores das políticas públicas precisam compreender o que sua efetivação representa no cotidiano, uma vez que as implicações associadas à implementação de determinada política ou programa não costumam ser divulgadas por seus formuladores, por

estes julgarem as suas decisões como a melhor opção. A vinculação entre as diferentes organizações, em âmbito local, pode favorecer o sucesso da implementação, todavia a adesão à política de fato se torna complexa quando convertida em ações. Por esse motivo, as pesquisas no campo das políticas públicas deveriam buscar compreender o entendimento que os executores têm sobre estas e o modo como as concretizam (HILL, 2003).

O conteúdo trabalhado na implementação, assim como o contexto em que ela ocorre, podem sofrer mudanças adaptativas conforme os programas propostos são alterados e as organizações são afetadas por esses programas (PRESSMAN e WILDAVSKY, 1984). O foco central trabalhado na perspectiva *top down* é a prescrição do que deve ser feito, sem se ater em detalhar os processos relativos ao desenvolvimento das políticas propostas e suas complexidades (LOTTA, 2010). Sabatier (2007) apresenta um enredado conjunto de elementos que se relacionam ao longo do tempo, no processo de políticas públicas:

- i. Há uma gama de diversos atores – pesquisadores, jornalistas, legisladores nas diferentes esferas de governo e representantes de agências governamentais e de grupos de interesse – envolvidos no processo de políticas públicas, os quais possuem os mais variados interesses, percepções da situação e preferências políticas;
- ii. É necessário que se transcorra, no mínimo, uma década desde a entrada do problema na agenda governamental, a fim de que se tenha experiência suficiente com a implementação, e possa ser feita uma avaliação do impacto de um programa que possa ser considerada razoável;
- iii. Em várias áreas de políticas públicas, como nas políticas de saúde, normalmente existe uma variedade de programas que, muitas vezes, envolvem os mesmos atores e os mesmos objetos de análise. Nesses casos, poder-se-ia propor que a unidade de análise fosse a área de abrangência e não o programa em si;
- iv. A compreensão sobre o processo de políticas públicas requer cuidado com o debate travado entre os diversos atores nele envolvidos, que colocam a severidade do problema, suas causas e os prováveis impactos gerados pelas alternativas propostas sob disputa técnica; e
- v. Grande parte das disputas intrínsecas ao processo de políticas públicas compreende valores e interesses profundamente arraigados, grande quantidade de recursos financeiros e um determinado grau de coercividade entre os atores envolvidos.

De acordo com Lotta (2010), a implementação da política pública não deve ser considerada como a sua simples transformação em uma sequência de ações, mas deve-se observar o modo como ocorrem a interação e a negociação entre seus formuladores e os responsáveis pela sua execução. Para a autora, os programas apresentam significados diversos

para os atores com eles envolvidos, no que diz respeito aos seus objetivos, resultados e recursos disponíveis.

Frey (2000) divide a análise dos processos de implementação entre duas abordagens. A primeira teria como objetivo principal a análise da qualidade material e técnica de projetos ou programas, visando comparar os resultados alcançados a aqueles previstos na formulação e identificar as causas dos déficits de implementação que venham a ocorrer. A segunda seria voltada para as estruturas político-administrativas e a participação dos atores nelas envolvidos, focando-se em como e porque o processo de implementação ocorre.

Em seu estudo sobre a implementação de projetos na Rússia, Struyk (2007) identificou, na literatura sobre o tema, nove fatores de sucesso para essa fase do ciclo da política: (1) o grau de suporte dado pela liderança local para a implementação da política; (2) características da política a ser implementada, incluindo sua eficácia, clareza, consistência e flexibilidade; (3) disponibilidade de recursos; (4) número de atores envolvidos no processo; (5) atitude positiva/motivação dos responsáveis pela implementação; (6) alinhamento com os interesses dos destinatários da política; (7) oportunidade de aprendizado entre implementadores; (8) experiências prévias com a implementação de políticas/programas similares; e (9) contexto local para implementação, como a economia local e as características da população alvo.

Em contraponto aos facilitadores identificados por Struyk (2007), podem ser elencadas diversas barreiras à implementação de políticas públicas. Wu, Ramesh, Howlett e Fritzen (2014) apresentam algumas das principais situações que podem impedir um processo de implementação, dividindo-as em três categorias de análise, conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2 – Barreiras de implementação

(continua)

PROBLEMA	DESCRIÇÃO
Barreiras políticas (de suporte e autorização)	
Autorização lenta	Planos e mobilização de recursos avançam muito lentamente, devido à existência de múltiplos pontos de veto entre os <i>stakeholders</i> em uma rede, tornando o progresso difícil.
Fraco apoio político	Os planos podem progredir e até mesmo atingir níveis moderados de sucesso na fase de projeto-piloto, enquanto “voam sob o radar” de políticos importantes com interesses opostos, até que o programa comece a ser “ampliado”.
Oposição burocrática	Figuras fundamentais na rede de órgãos encarregados de implementar uma política pública retardam ou sabotam a implementação, devido à baixa prioridade do projeto, falta de incentivos e/ou interesses conflitantes.
Fracos incentivos ao implementador	Os implementadores locais (executivos de coordenação do governo local ou o pessoal de linha de frente dos órgãos), que não foram consultados durante a fase de tomada de decisão, não têm adesão ou incentivos adequados para cumprir com as diretivas a partir de seu nível de atuação.
Barreiras de competência analítica	
Missões vagas ou múltiplas	A natureza intersetorial dos planos e da implementação leva ao acobertamento dos objetivos conflitantes ou à não especificação clara das permutas em termos operacionais.
Mudanças de prioridade	Trocas feitas durante a tomada de decisão da política pública – por exemplo, entre as dimensões ambientais e econômicas de um problema – poderão ter de ser reconsideradas em função de mudanças nas condições econômicas e políticas.
Má concepção	Programas sociais ou ambientais que provavelmente não vão funcionar como o esperado, devido a diversos obstáculos deixados sem solução na concepção do programa; a falha está mais do que determinada – ou seja, ela vai ocorrer se qualquer das barreiras for ignorada.
Viabilidade desigual	Diferentes componentes dos planos integrados podem estar operacionalmente ligados – um só pode avançar se todos estiverem juntamente presentes –, sujeitando as operações ao “elo mais fraco”.
Barreiras de capacidade operacional	
Limitações de fundos	O envio dos fundos necessários para a implementação dos planos aprovados demora para ser concretizado, impedindo o progresso, enquanto os elementos-chave da situação mudam na prática e/ou os apoiadores iniciais desanimam e abandonam os esforços.
Má estrutura de gestão ou capacidade de coordenação de rede	Precedentes de coordenação deficientes entre os principais órgãos – exacerbados nos casos de parcerias intersetoriais – tornam as decisões de rotina lentas e a implementação disfuncional.

Fonte: Wu et al., 2014.

Quadro 2 – Barreiras de implementação

(conclusão)

PROBLEMA	DESCRIÇÃO
Barreiras de capacidade operacional	
Falta de clareza nos planos operacionais	Planos aprovados e financiados são mal administrados devido à má especificação de papéis, responsabilidades e prestação de contas. O problema é muitas vezes agravado por sistemas de supervisão e informação deficientes.

Fonte: Wu et al., 2014.

No Brasil, tratando-se de uma política pública de saúde, a sua implementação exige que seja observada, além das barreiras já descritas, a descentralização proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A execução pelos municípios dos seus principais programas (DALFIOR, LIMA e ANDRADE, 2015) faz com que a implementação de uma política nacional, em nível local, seja dependente das decisões tomadas e das prioridades elencadas pelos municípios (JANSSON, FOSSE e TILLGREN, 2011). Nesse caso, o sucesso ou fracasso da implementação estaria, portanto, estreitamente relacionado ao processo de descentralização das políticas ou programas e os seus fatores associados, como os atributos institucionais da política, as características estruturais dos governos municipais e os fatores que abrangem relações intergovernamentais e entre Estado e sociedade (ARRETCHE, 2000).

De acordo com Lima e D'Ascenzi (2013), na literatura, duas abordagens sobre implementação de políticas públicas são consideradas hegemônicas. Uma delas destaca variáveis referentes às normas que estruturam a política pública, a partir de uma análise sobre o seu processo de formulação. A segunda abordagem define como variáveis o cenário local e as burocracias implementadoras, enfatizando elementos da conjuntura na qual a política será implementada. O diagnóstico sobre a não implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua – pela maioria dos municípios elegíveis considerou como exemplos de variáveis aquelas descritas nos trabalhos de Howlett e Ramesh (1995), Van Meter e Van Horn (1996) e Sabatier e Mazmanian (1996) e que estão contidas no Quadro 3.

Quadro 3 – Exemplos de variáveis que influenciam na implementação de políticas públicas

VARIÁVEIS	SÍNTESE
Natureza do problema alvo da política	Existência de uma teoria causal válida e o tipo da população-alvo.
Normativas que estruturam a implementação	Compreensão da política por parte dos implementadores locais.
Contexto social	Relacionado ao apoio do público à política.
Contexto econômico	Refere-se à disponibilidade de recursos financeiros para a implementação da política.
Organização do aparato administrativo	Disponibilidade de força de trabalho e de estrutura organizacional para a implementação da política.

Fonte: Elaborado pela autora.

A correspondência dessas variáveis, bem como dos fatores de sucesso e das barreiras à implementação descritos na literatura, com as informações obtidas neste trabalho será apresentada no Capítulo 4.

3 METODOLOGIA

Para responder à pergunta da pesquisa – Quais são as razões da não implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua – pela maioria dos municípios elegíveis? – foi aplicada abordagem qualitativa-quantitativa, utilizando-se uma estratégia metodológica diversificada com triangulação de métodos, que se encontra detalhada a seguir.

A pesquisa descritiva correlaciona fatos ou fenômenos a partir da sua observação, registro e análise. Procura identificar a natureza e as características dos fenômenos analisados, sem, no entanto, manipulá-los (CERVO e BERVIAN, 2002). Os estudos exploratórios objetivam examinar um tema de pesquisa não abordado anteriormente ou ainda pouco estudado, muitas vezes tratando-o em um contexto específico (SAMPIERI, COLLADO e LUCIO, 2013). Este estudo pode ser classificado, quanto ao delineamento, como descritivo-exploratório. Descritivo por tratar da evolução da política em saúde para a população em situação de rua e exploratório por investigar as razões determinantes para a não implementação dos Consultórios na Rua pela maioria dos municípios elegíveis.

Visando atender aos objetivos específicos (a) identificar as principais ações previstas para apoiar a implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua e (b) descrever a evolução do processo de implementação da estratégia de equipes de saúde para a população em situação de rua – Consultórios na Rua, 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. Frequentemente empregado nas pesquisas das ciências sociais, a técnica de entrevistas consiste em uma inquirição junto a um informante com a intenção de obter dados (CERVO,

BERVIAN e SILVA, 2007). De acordo com Gil (1994), uma das vantagens na utilização desta técnica fundamenta-se na possibilidade em se obter dados referentes à grande variedade de questões da vida social. A partir dessa possibilidade, as questões componentes do roteiro semiestruturado foram formuladas com o principal objetivo de extrair, dos entrevistados, informações acerca das ações de apoio desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e seus efeitos sobre o processo de implementação do Consultório na Rua, além da opinião dos mesmos sobre quais seriam as razões para a não implementação do programa pela maioria dos municípios elegíveis e de que modo a relação entre os entes federados influencia nesse processo.

Também para atender aos objetivos específicos (a) e (b), foram analisados os 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 análise documental é uma técnica utilizada na identificação de informações relacionadas a questões ou hipóteses de interesse, que pode utilizar anotações, esquemas ou diagramas. Pode ser utilizada para complementar as informações colhidas por outras técnicas ou para descobrir novos aspectos de um determinado tema (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

Para o atendimento ao objetivo específico (c) apurar as razões para a não adesão à estratégia de equipes de saúde para a população em situação de rua – Consultórios na Rua, optou-se pela utilização de questionários. Os questionários são instrumentos cuja aplicação sobre um grupo representativo da população estudada tem por objetivo recolher informações acerca de um determinado tema, possibilitando identificar melhor seus hiatos. Esses instrumentos permitem que se inquiram um maior quantitativo de pessoas em um breve intervalo de tempo, não necessitando que haja contato direto entre investigadores e público-alvo (AMARO, PÓVOA e MACEDO, 2005).

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). Este serviço permite coletar dados do público alvo, armazená-los de forma organizada, gerar relatórios rapidamente e poder aproveitá-los em outros sistemas, além de permitir acessar os dados coletados de qualquer lugar via internet.

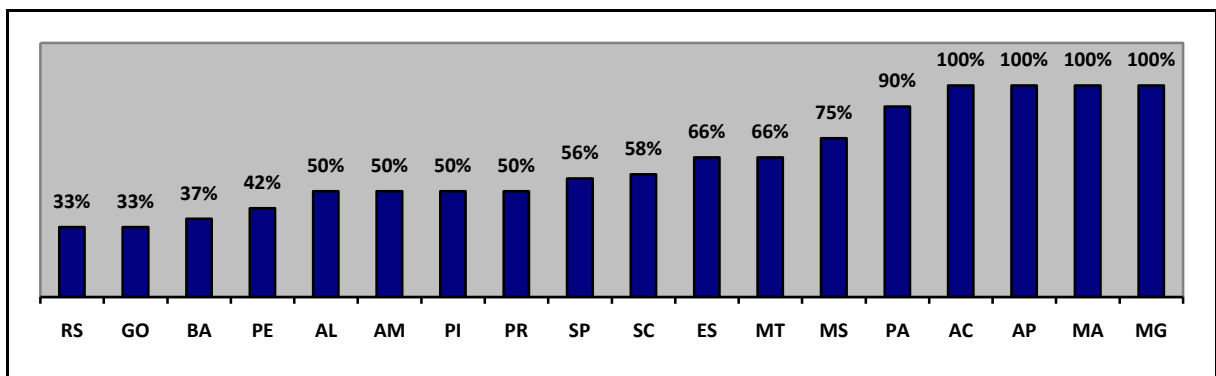
Foram utilizados dois modelos de questionários (Apêndices B e C), sendo um direcionado para os municípios que possuam eCR implantada(s) – grupo de controle – e outro para municípios que não tenham implantado essas equipes. Em ambos os modelos, tanto as perguntas, quanto as opções de resposta formuladas 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.

Inicialmente, por não existir uma lista única de contatos das secretarias municipais de saúde, foi solicitado auxílio dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) para obtenção dos endereços eletrônicos dos municípios elegíveis para implantação dos Consultórios na Rua e de um município que, apesar de não constar na lista dos elegíveis, teve a implantação de uma eCR autorizada pelo Ministério da Saúde, após comprovar a existência de pessoas em situação de rua nos parâmetros populacionais previstos na normativa vigente. De um total de 263 endereços solicitados, não foram obtidos os contatos de 14 municípios que não implantaram a eCR, os quais, por essa razão, não foram contemplados na pesquisa. Foram, então, enviados *e-mails* às secretarias de saúde de 249 dos 263 municípios elegíveis para implantação de equipes de saúde específicas para a população em situação de rua – Consultórios na Rua, contendo solicitação para participação na pesquisa e *link* para acesso ao questionário *online*. As mensagens esclareciam que os dados seriam analisados de forma agrupada, garantindo o anonimato ao participante. Tal esclarecimento objetivou estimular a participação de mais municípios e obter respostas mais confiáveis.

Dos 249 *e-mails* enviados, 36 retornaram, ou pela caixa de destino estar cheia, ou pelo endereço não ter sido encontrado. Dos *e-mails* não entregues, 11 corresponderam a municípios que possuem eCR implantadas e 25 aos que não possuem eCR implantadas. Dessa forma, foram totalizados 213 municípios como possíveis respondentes, sendo 71 municípios que possuem eCR implantadas e 142 que não implementaram o programa.

A fim de tentar garantir o maior número de respostas, os *e-mails* solicitando participação na pesquisa foram reenviados por duas vezes, durante o período de disponibilidade dos questionários. Ao final desse período 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 constitui amostra probabilística aleatória e 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 no Apêndice D.

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



Fonte: Elaborado pela autora.

Nesta etapa, os dados obtidos foram analisados utilizando-se diferentes estratégias, de acordo com a técnica de coleta aplicada e com o objetivo a ser alcançado.

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

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). Segundo a autora, a análise de conteúdo constitui-se em um “conjunto de técnicas de análise de comunicações” e pode ser organizada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. O material coletado por meio da aplicação dos questionários passou pela análise exploratória de dados. Esse tipo de análise abarca um amplo conjunto de métodos para uma avaliação de dados detalhada, prévia à adaptação dos mesmos, e tem como intuito extrair a maior quantidade de informação possível dos dados obtidos (MEDRI, 2011). A análise exploratória dos dados, também chamada de estatística descritiva, consiste em sintetizar e sistematizar os dados coletados por meio de medidas numéricas, tabelas ou gráficos para que seja possível interpretar tais dados pela identificação de alguma regularidade ou padrão.

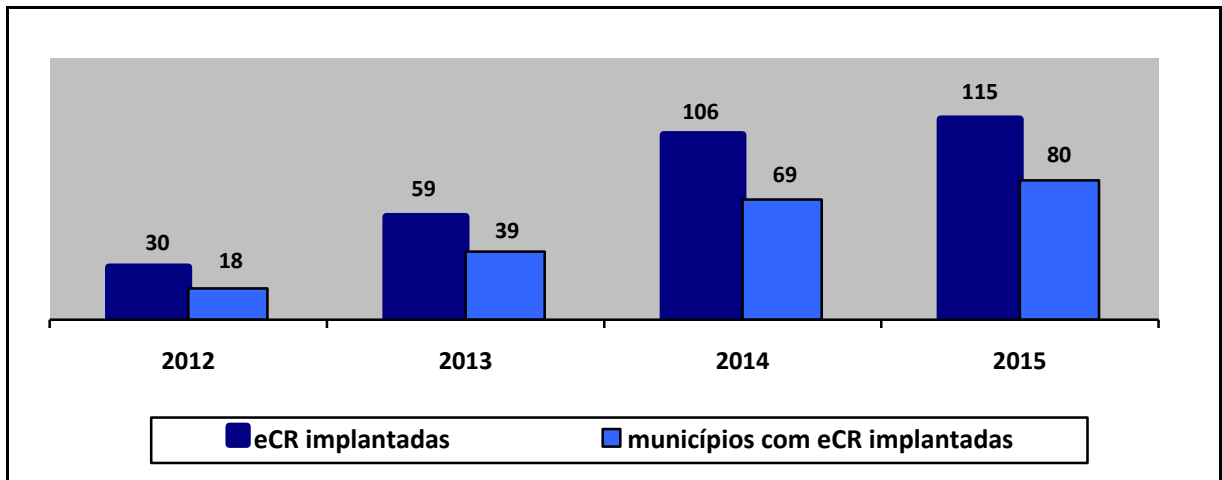
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção serão discutidos os resultados encontrados na pesquisa, apresentando, inicialmente, a evolução da implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua – e as ações desenvolvidas para apoiar a implantação das equipes. Em seguida, será discutida a situação da implementação do programa pela perspectiva dos executores, com ênfase nas barreiras e facilitadores apontados por estes.

4.1 IMPLEMENTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA

Apesar do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua – ter sido formalmente instituído pela publicação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2011 (BRASIL, 2011), somente a partir de janeiro de 2012 a sua implementação foi viabilizada por meio da publicação das Portarias n. 122 e 123, que definiram as diretrizes de organização e funcionamento das eCR e os critérios de cálculo do número máximo de equipes por município.

Conforme dados extraídos dos Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde dos anos de 2012 a 2015 e dos sítios eletrônicos do FNS e do CNES, a implementação do programa dos Consultórios na Rua vem crescendo gradativamente a cada ano, conforme demonstrado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Evolução da implementação do Consultório na Rua.²

Fonte: Elaborado pela autora.

O crescimento do quantitativo de eCR implantadas, assim como de municípios que implantaram o programa, de acordo com os RAG, pode ser relacionado com as diversas estratégias de apoio à implementação empreendidas pelo Ministério da Saúde ao longo dos anos. Foram realizadas oficinas de qualificação das equipes e de sensibilização para gestores dos municípios elegíveis para a implantação, seminários para discussão dos temas relacionados à saúde da população em situação de rua, além da publicação de materiais e a realização de um curso para auxiliar os profissionais na prática cotidiana do cuidado a essas pessoas. O desenvolvimento de atividades de monitoramento da implantação das eCR pactuadas por meio do Programa “Crack é possível vencer”³ e o aumento do financiamento federal também configuraram como estratégias de apoio à implementação. No Quadro 4 são

² Os valores são referentes ao mês de dezembro de cada ano.

³ O programa “Crack, é possível vencer” é um programa que tem como objetivo ampliar a oferta de tratamento de saúde aos usuários de drogas, elevar as ações de prevenção ao uso e enfrentar as organizações criminosas e o tráfico de drogas. Inicialmente coordenado pela Casa Civil da Presidência da República, tem como órgão gestores, além desta, os Ministérios da Justiça, da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Educação e da Secretaria de Direitos Humanos. O programa está estruturado em três eixos de atuação: prevenção, cuidado e autoridade. O primeiro inclui atividades nas comunidades, nas escolas e de comunicação com a população. O eixo cuidado compreende a ampliação e a qualificação da rede de atenção à saúde voltada aos usuários, incluindo a implantação de equipes de Consultório na Rua. No eixo autoridade, o foco é a realização de policiamento ostensivo nos pontos de uso de drogas nas cidades, a revitalização desses espaços e a integração de inteligência e cooperação entre Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e polícias estaduais.

descritas, ano a ano, as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para apoiar a implementação do programa.

Quadro 4 – Estratégias de apoio à implementação do Consultório na Rua desenvolvidas pelo Ministério da Saúde

ANO	ESTRATÉGIAS DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA
2012	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicação das Portarias nº 122 e 123 ▪ Publicação do Manual para o Cuidado junto à População em Situação de Rua.
2013	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização do Seminário Nacional de Saúde Mental na Atenção Básica e Consultórios na Rua (com a participação de mais de 500 gestores de municípios acima de 200 mil habitantes). ▪ Lançamento do Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental. ▪ Realização de seminários sobre o uso de Álcool e Drogas e outros promovidos pelas áreas técnicas de Tuberculose e HIV/AIDS do Ministério da Saúde. ▪ Monitoramento dos municípios que pactuaram implantação de eCR mediante adesão ao Programa “Crack é possível vencer”, por meio do preenchimento de formulários específicos, contato telefônico e por <i>e-mail</i>.
2014	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicação da Portaria n. 1.238, de 6 de junho de 2014, que redefiniu o valor do incentivo para as eCR. ▪ Realização de seminários sobre o uso de Álcool e Drogas e outros promovidos pelas áreas técnicas de Tuberculose e HIV/AIDS do Ministério da Saúde. ▪ Monitoramento dos municípios que pactuaram implantação de eCR mediante adesão ao Programa “Crack é possível vencer”, por meio do preenchimento de formulários específicos, contato telefônico e por <i>e-mail</i>.
2015	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formação de 380 profissionais pela conclusão do curso “Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com ênfase nos Consultórios na Rua”, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ).

Fonte: Elaborado pela autora.

As entrevistas semiestruturadas produziram informações que confirmam os achados da pesquisa documental, visto que as ações desenvolvidas para apoiar a implementação do Consultório na Rua, citadas pelos entrevistados, são as mesmas descritas nos RAG. No entanto, os relatos indicam uma maior influência de uma ou mais ações no crescimento da implementação. Apesar de ser unânime entre os entrevistados a opinião de que todas as estratégias desenvolvidas surtiram efeito cumulativo para apoiar a implementação do programa, destacou-se a inclusão do Consultório na Rua como serviço pactuado quando da adesão dos municípios ao Programa “Crack é possível vencer” e seu monitoramento. Uma declaração do entrevistado 3 que demonstra essa opinião é a de que “com o Programa Crack, ele [o programa dos Consultórios na Rua] ganha uma força especial [...] para se atender uma demanda, porque a rua tem várias demandas, mas algumas são prevalentes e a questão do uso

de álcool, principalmente, e outras drogas é uma demanda prevalente da rua”. O entrevistado 2 citou a capacidade do monitoramento realizado conjuntamente por vários ministérios, a partir do Programa “Crack é possível vencer”, favorecer a intersetorialidade nos municípios e, conseqüentemente a implementação dos serviços: “tinha uma relação muito concreta com a gestão local; ajudava na aproximação da gestão da secretaria de assistência social, do desenvolvimento social local com a saúde; da saúde mental local com a atenção básica (em saúde) ”.

Um dos aspectos identificado na literatura como determinante para a implementação de uma política ou programa é a quantidade de atores envolvidos no processo. Teoricamente, quanto mais atores envolvidos na implementação, maiores são as chances de que esta não seja bem-sucedida ou que seu desenvolvimento seja retardado (STRUYK, 2007). Entretanto, no caso da implantação de eCR pactuadas por meio do Programa “Crack é possível vencer”, o acompanhamento do processo por um conjunto de setores (saúde, assistência social, segurança, entre outros), coordenado pela Casa Civil da Presidência da República, mostrou-se positivo. Tal fato vai ao encontro da ideia defendida por Giacchino e Kakabadse (2003) de que a gestão eficaz do número de implementadores incentiva a colaboração entre as partes interessadas para uma política caracterizada pelo alinhamento de objetivos, o desenvolvimento de relacionamentos pessoais fortes e uma alta disposição para compartilhar habilidades e informações.

Outra estratégia apontada por todos os entrevistados como de grande influência para o crescimento da implementação foi o aumento do financiamento federal para as eCR, por meio da publicação da Portaria n. 1.238. Conforme opinião do entrevistado 1 “o custeio [...] hoje pago pelo Ministério da Saúde, [...] por mês para essas equipes, é razoavelmente bem exequível para a implantação”. Os trabalhos de Howlett e Ramesh (1995), Van Meter e Van Horn (1996) e Sabatier e Mazmanian (1996) indicam a disponibilidade de recursos

financeiros para a implementação da política como um dos fatores decisivos para o êxito da mesma.

Esses mesmos trabalhos apontam o contexto social, relacionado ao apoio do público à política ou programa, como outra variável a ser considerada para a implementação. Na visão de todos os entrevistados, as pessoas em situação de rua são, habitualmente, uma população invisibilizada pela sociedade e pelos gestores e políticos, que não têm interesse em investir em políticas públicas para esse grupo em específico. Para o entrevistado 1, “esse é um processo que requer intensa sensibilização dos gestores e da sociedade civil em torno da necessidade; faz parte de um processo lento e gradual que as pessoas assumam esse protagonismo nos seus municípios e possibilitem a esse público a produção da equidade, do acesso ao SUS a partir dessas equipes [de Consultório na Rua]”.

A boa relação com os movimentos sociais diretamente ligados à população em situação de rua, incluindo a participação do MS em comitês relacionados à temática e a oferta de capacitações para as lideranças do MNPR, foi apontada pelo entrevistado 4 como estratégica para auxiliar no processo de implementação do Consultório na Rua. Em sua opinião, nos locais em que a organização desta população se apresenta mais consolidada, a pressão social para que os gestores aderissem ao programa seria maior. No entanto, por meio da análise documental não foi possível encontrar registros suficientes sobre a presença e o grau de organização do MNPR nos estados ou municípios, fato que impossibilitou confirmar ou refutar a declaração do entrevistado.

Analisando-se o crescimento anual da implantação das eCR, pode-se verificar aumento mais significativo nos anos de 2013 e 2014, justamente quando foram realizadas as atividades de monitoramento da implementação por meio do Programa “Crack é possível vencer” e quando houve o incremento no recurso federal para o custeio das equipes. Ao contrário, percebe-se um crescimento bastante pequeno em 2015, quando não houve

credenciamento de novas equipes pelo Ministério da Saúde. Não se pode esquecer, que para além do contingenciamento de recursos, a questão das drogas e, conseqüentemente, os investimentos políticos relativos a ela, deixaram de ser objeto de campanha pela (re)eleição presidencial no final de 2014. Segundo Wu et al., as mudanças de prioridade podem influenciar negativamente o processo de implementação de uma política ou programa.

De acordo com os entrevistados 2, 3 e 4, o contingenciamento de recursos pelo governo federal levou mais ao desenvolvimento de ações de qualificação (como o curso “Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com ênfase nos Consultórios na Rua”) do que de expansão de equipes. A aposta na qualificação das eCR encontra respaldo na afirmação de Struyk (2007) de que o importante não é simplesmente o tamanho do orçamento disponível; a probabilidade de sucesso de implementação é maior quando outros fatores de produção estão presentes, como a gestão de projetos e a presença de pessoal qualificado.

De qualquer forma, não se pode esquecer que a implementação das políticas sociais descentralizadas no Brasil depara-se com questões que tendem a dificultá-la. Segundo Pinheiro e Sarti (2012), as particularidades da estrutura federativa no País, a escassez de infraestrutura administrativa e fiscal e as significativas desigualdades regionais constituem-se em obstáculos à implementação efetiva da descentralização.

De acordo com os entrevistados 2, 3 e 4, a autonomia dos entes federados permite a observação das necessidades existentes em seu território e, a partir daí a escolha pela implementação de determinadas políticas, programas e projetos. Entretanto, apontam que, no caso do Consultório na Rua, assim como em relação a outras políticas e programas de saúde, a relação interfederativa precisa ser aperfeiçoada para que o sucesso na implementação do programa seja efetivado. Para tanto, defendem a definição do papel dos estados nesse processo, visto que, ao mesmo tempo em que é cobrada a sua cooperação para o financiamento do programa, a sua participação na formulação e desenvolvimento das

estratégias de apoio à implementação não é prevista, fortalecendo, assim, o binômio União-municípios.

4.2 A IMPLEMENTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA NOS CONTEXTOS LOCAIS

A implementação pode ser considerada um processo e, como tal, é influenciada pelas circunstâncias presentes nos locais de execução dos programas. Examinar os fatores locais que afetam a implementação, como contextos orçamentários e políticos, necessidades da população e histórico político, configura-se como estratégia útil para identificar fatores gerais que interferem no processo de implementação (MCGRATH, 2009).

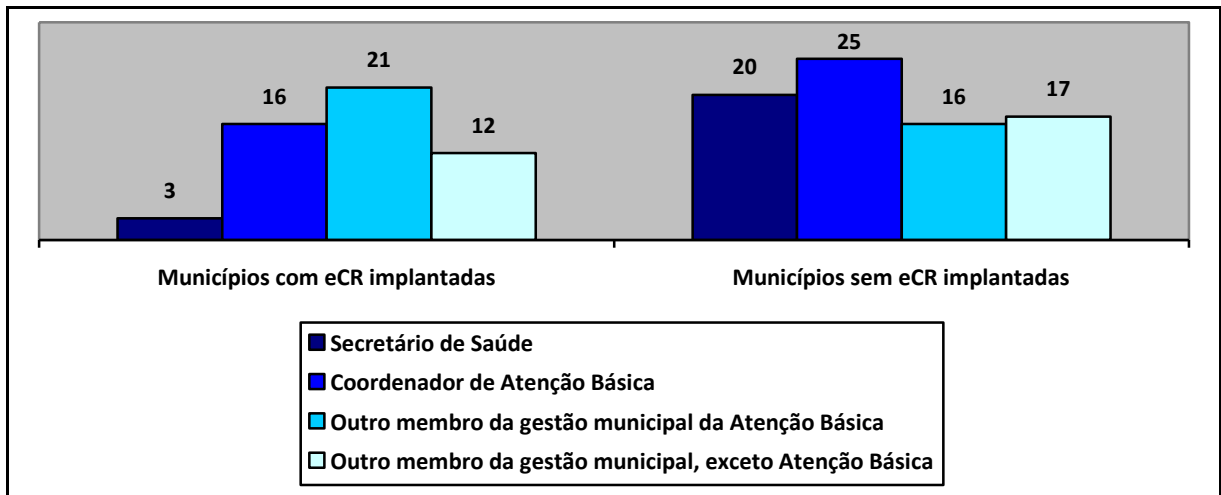
De acordo com Carvalho, Barbosa e Soares (2010), o sucesso ou não de uma política, qualquer que seja esta ou a despeito de como as relações de autoridade estão formalmente estruturadas, depende dos executores. Na opinião desses autores, executores são capazes de vencer obstáculos inicialmente considerados insuperáveis, a partir da concentração de recursos necessários, caso estejam adequadamente motivados e preparados. O oposto pode ocorrer, com executores sabotando o programa, nos casos em que não há apoio por parte destes, mesmo que haja rigor no sistema de controle.

Por esse motivo, este estudo dedicou-se a buscar conhecer a realidade dos municípios elegíveis para a implementação do Consultório na Rua no que se refere a existência de equipes para o cuidado em saúde das pessoas em situação de rua e de outros serviços direcionados a essa população, além de apurar as razões para a não adesão ao programa na opinião dos executores.

Uma vez que o *link* para responder os questionários foi encaminhado às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), havia possibilidade de serem respondidos pelo Secretário de Saúde dos municípios ou por outro membro da gestão municipal. Tanto entre os municípios com eCR implantadas, quanto entre os municípios que não aderiram ao programa, o maior

número de respondentes esteve entre coordenadores ou outro membro da atenção básica em saúde (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Cargo dos respondentes dos questionários



Fonte: Elaborado pela autora.

Entre os respondentes que faziam parte de outra área da gestão, que não da atenção básica em saúde, a maioria era integrante da área de saúde mental (Tabela 1). Este dado sugere que, apesar da gestão federal do Consultório na Rua estar a cargo da Atenção Básica em saúde, em muitos municípios, as questões de saúde da população em situação de rua são atribuídas (e talvez restringidas) às áreas técnicas de saúde mental. Como esclareceu Santana (2014), a moção do Consultório na Rua compreende, além da saúde mental, outras diversas questões que são de responsabilidade da Atenção Básica em saúde, como o tratamento de doenças de pele e doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o atendimento às gestantes, aos diabéticos e hipertensos. A inclusão das equipes de saúde para o cuidado à população de rua no escopo de ações desenvolvidas pela atenção básica pode ser considerada, portanto, como forma de ampliar e efetivar o direito à saúde desta população.

Tabela 1 – Respondentes que faziam parte de outra área da gestão, que não da Atenção Básica em saúde

ÁREA DE ATUAÇÃO	MUNICÍPIOS QUE POSSUEM eCR IMPLANTADAS	MUNICÍPIOS QUE NÃO POSSUEM eCR IMPLANTADAS
Saúde mental	8	11
Atenção especializada	2	0
Equipe de Consultório na Rua	2	0
DST, Aids e hepatites virais	0	1
Assessoria da SMS	0	2
Planejamento, avaliação e controle	0	1
Gestão estratégica	0	1

Fonte: Elaborado pela autora.

Dos municípios participantes deste estudo que possuem eCR implantadas, a grande maioria (90%) possui apenas uma equipe, 8% possuem de duas a cinco equipes e apenas 2% possui 10 ou mais equipes. Essa informação encontra justificativa no fato de que a legislação vigente limita o quantitativo máximo de eCR a serem credenciadas e financiadas pelo Ministério da Saúde, de acordo com os parâmetros populacionais estabelecidos na Portaria n. 123, publicada em 2012.

Das equipes implantadas, 49% funcionam há dois ou três anos, tendo iniciado suas atividades entre 2013 e 2014, justamente no período em que o MS desenvolveu um maior número de estratégias de apoio à implementação do Consultório na Rua, inclusive por meio do Programa “Crack é possível vencer”. Segundo Giacchino e Kakabadse (2003), um dos fatores de sucesso para a implementação é a existência de um grupo de indivíduos detentores de diferentes competências, porém complementares, que trabalham de forma colaborativa a fim de alcançarem um objetivo comum. Tal situação ocorreu durante a fase de monitoramento do Programa “Crack é possível vencer”, quando diversos setores das três esferas de governo encontravam-se dedicados à implantação dos serviços pactuados.

Entre os municípios que não possuem eCR implantadas, quando questionados sobre a existência, no município, de alguma equipe específica para o cuidado em saúde da população

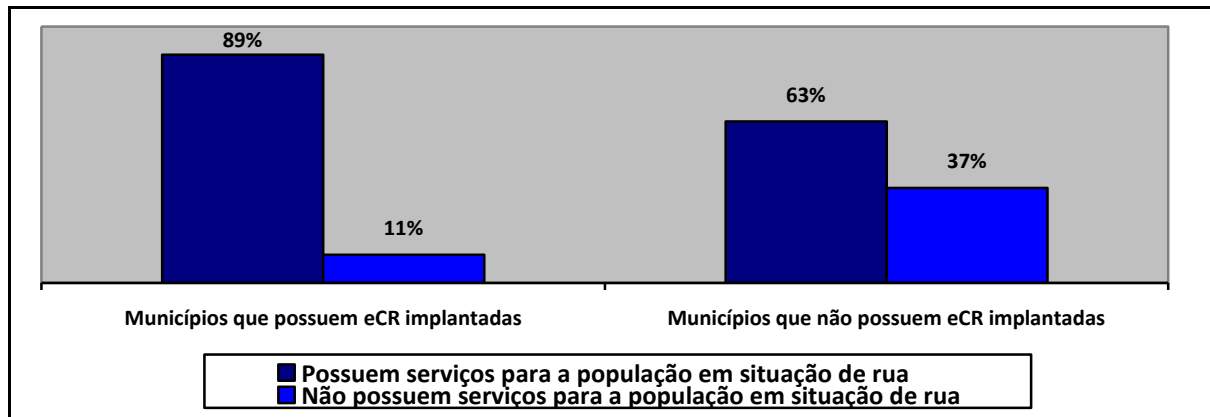
em situação de rua que não houvesse sido credenciada pelo MS, sete responderam positivamente. Os motivos apontados para a manutenção desta equipe sem credenciamento/financiamento federal foram: a incompatibilidade entre a composição da equipe existente e a estabelecida pelo governo federal (dois municípios); a organização do trabalho (por exemplo, horário de funcionamento e local de atuação) da equipe existente e a definida em normativa pelo MS (um município); e o fato do município já ter solicitado o credenciamento ao MS, porém ainda não tido a eCR credenciada (quatro municípios).

Os motivos discriminados pelos respondentes apresentam concordância com certas barreiras à implementação elencadas por Wu et al. (2014). Consoante esses autores, os implementadores locais, frequentemente não consultados durante a tomada de decisão, podem não aprovar o programa proposto ou não possuir incentivos suficientes para cumprir com as normas estabelecidas. Além disso, a autorização lenta e a demora no envio de recursos necessários tornam o progresso da implementação difícil, ao mesmo tempo em que apoiadores e elementos-chave ao desenvolvimento do programa se frustram e perdem o interesse.

Com base na alegação de Struyk (2007) de que a presença de um contexto local favorável poderia contribuir para o êxito da implementação, acreditava-se que a existência de outros serviços direcionados à população em situação de rua, nos municípios, estaria relacionada a uma maior implantação das eCR. Tal suposição foi confirmada pela pesquisa, uma vez que o percentual de municípios que possuem Serviço de Abordagem Social⁴, Centro Pop⁵, entre outros, foi maior entre aqueles que possuem eCR implantadas (Gráfico 4).

⁴ O Serviço de Abordagem Social é realizado por uma equipe de educadores sociais em diversos espaços, incluindo rua, praças, prédios abandonados, entre outros, e tem por principais objetivos identificar famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, possibilitar condições de acesso à rede de serviços e a benefícios assistenciais, além de construir o processo de saída das ruas.

⁵ O Centro Pop constitui-se em um serviço voltado às pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência e tem o propósito de ofertar atendimento e acompanhamento especializado, com ações voltadas à mobilização e participação social, a organização coletiva, o fortalecimento de vínculos sociais e/ou familiares e a elaboração de novos projetos de vida. Além de ofertar orientação individual e em grupo, encaminhamentos a outros serviços da assistência social e das demais políticas públicas, o serviço deve garantir espaços de guarda de pertences, de alimentação e de higiene pessoal e promover o acesso à documentação civil.

Gráfico 4 – Percentual de serviços direcionados para a população em situação de rua

Fonte: Elaborado pela autora.

O detalhamento dos serviços destinados à população em situação de rua nos municípios, com exceção das eCR pode ser verificado na Tabela 2. Nota-se que, em sua maioria, esses serviços são os de Abordagem Social e os Centros Pop, os quais, conjuntamente, acabam por provocar maior interação com as demais áreas sociais, uma vez que possuem como premissa oportunizar, às pessoas em situação de rua, acesso à rede de serviços.

Tabela 2 – Serviços direcionados para a população em situação de rua, exceto Consultórios na Rua

SERVIÇO	MUNICÍPIOS QUE POSSUEM ECR IMPLANTADAS	MUNICÍPIOS QUE NÃO POSSUEM ECR IMPLANTADAS
Abordagem Social	34	29
Centro Pop	41	23
Outros ⁶	16	15

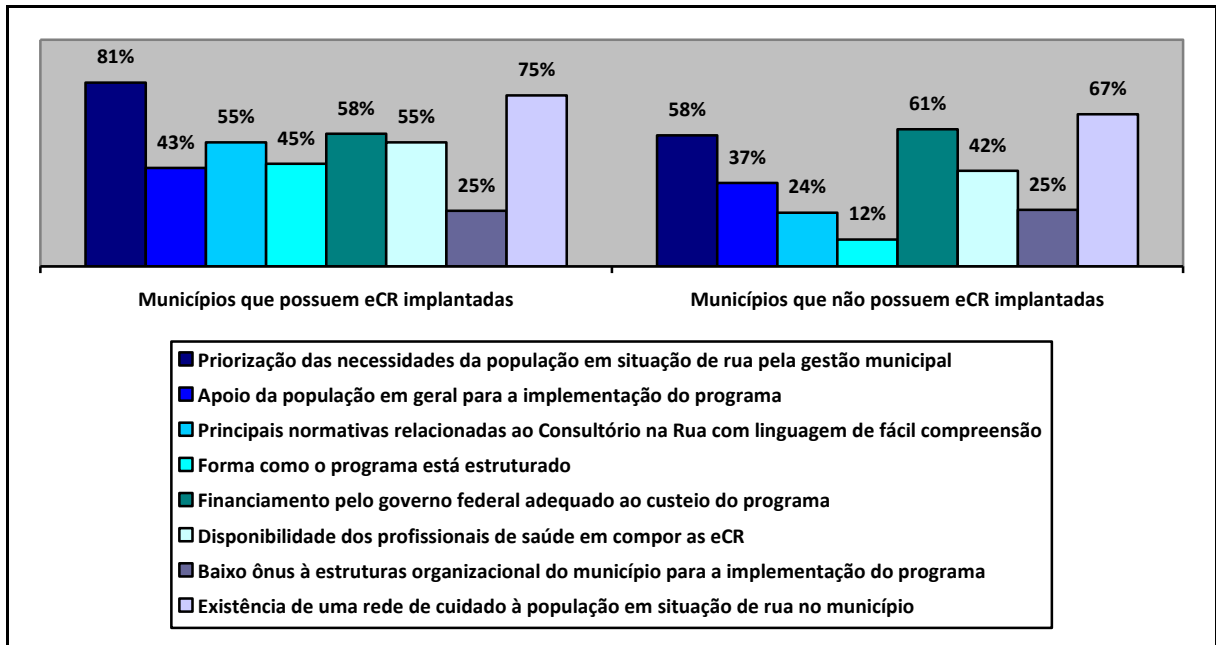
Fonte: Elaborado pela autora.

A fim de comparar as opiniões dos gestores dos municípios que possuem eCR implantadas e dos que não implementaram o programa sobre quais seriam os facilitadores e as barreiras para a implementação do Consultório na Rua, algumas perguntas foram repetidas em

⁶ Outros serviços citados pelos respondentes foram abrigos, albergues, casas de passagem, hotel social, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

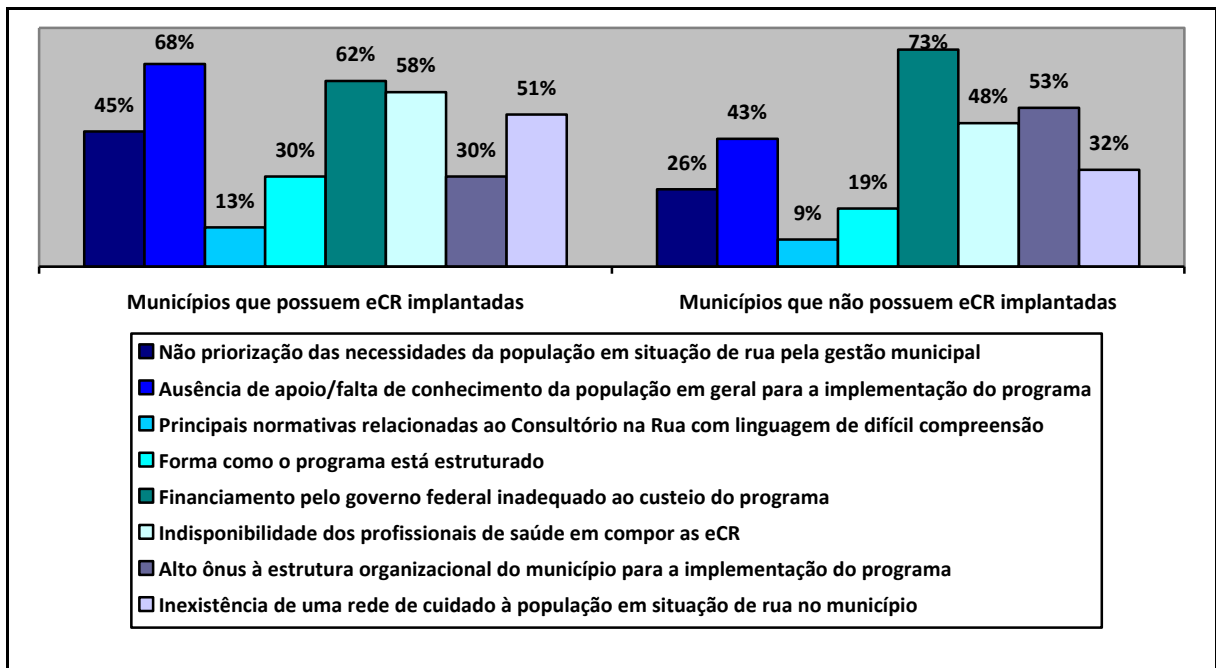
ambos os questionários. Nos Gráficos 5 e 6 são apresentados os percentuais referentes às respostas dos gestores.

Gráfico 5 – Facilitadores para a implementação do Consultório na Rua



Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 6 – Barreiras para a implementação do Consultório na Rua



Fonte: Elaborado pela autora.

Nota-se que as barreiras para a implementação do Consultório na Rua elencadas, em sua maior parte, são a negativa dos facilitadores listados, justamente porque a presença ou inexistência de um determinado fator pode contribuir ou dificultar o processo de implementação. Todavia, muitas vezes não foi verificada correspondência entre barreiras e facilitadores análogos indicados pelos respondentes. Enquanto 81% dos municípios que possuem eCR implantadas indicaram a priorização das necessidades de saúde da população em situação de rua pela gestão municipal, como facilitadora para o processo de implementação do Consultório na Rua, apenas 45% apontaram a não priorização como barreira à implementação do programa. Da mesma forma, entre os municípios que não possuem eCR implantadas, 58% acreditam que a priorização se configura como facilitador e 26% julgam que a não priorização se constitui como barreira.

Alguns municípios registraram, além das variáveis abordadas nas respostas fechadas, outras questões como facilitadores e barreiras ao processo de implementação do Consultório na Rua. Tais questões encontram-se descritas no Quadro 5.

Quadro 5 – Outros facilitadores e barreiras à implementação do Consultório na Rua

FACILITADORES	BARREIRAS
Compreensão do programa pelas outras instâncias de governo.	Priorização da implementação de outros programas.
Aumento do número de pessoas em situação de rua no município.	Dificuldade de contratação de profissionais em razão dos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.
Investimentos na garantia de direitos para a população em situação de rua.	Desigualdade social, violência urbana e preconceito cultural.
Condicionalidade da implantação das eCR à assinatura de pacto pelo município, como no Programa “Crack, é possível vencer”.	Dificuldade de articulação intersetorial no cuidado à população em situação de rua.
	Ausência de financiamento por parte dos governos estaduais para o programa.

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre estas questões, a mais citada foi a articulação intersetorial no cuidado à população em situação de rua, que, quando não está presente, se constitui em barreira relevante à implementação do Consultório na Rua. Segundo Magalhães e Bodstein (2009), os problemas sociais apresentam variadas dimensões e que não poderiam ser respondidos por

nenhum programa social isoladamente. A colaboração entre diferentes organizações disponíveis para o planejamento e a implementação das ações, poderia configurar como estratégia potente para o enfrentamento dos problemas sociais (KEGLER, RIGLER e HONEYCUTT, 2011).

Essa tese se consolida no caso dos Consultórios na Rua, em que o maior aumento no quantitativo de equipes ocorreu entre 2013 e 2014, exatamente no período quando foram realizadas, além de outras ações, as atividades de monitoramento da implementação por meio do Programa “Crack é possível vencer”. A articulação entre diversos setores, presente naquele momento, se constituiu em um somatório de esforços na busca do atingimento de um objetivo comum.

De acordo com Assis e Jesus (2012), as necessidades geradas a partir de processos sociais de exclusão, muitas vezes, passam despercebidas pelo poder público e quando ocorre sua percepção, a formulação de políticas públicas para atendê-las pode ser prejudicada pela falta de acúmulo reflexivo sobre a temática pela gestão. Talvez por esse motivo não tenha sido encontrada proporcionalidade na indicação da priorização ou não das necessidades de saúde da população de rua como facilitador ou barreira para a implementação do Consultório na Rua.

A ausência de apoio ou a falta de conhecimento da população em geral para a implantação das eCR parece ter mais interferência negativa sobre o processo de implementação do que o apoio generalizado do público o influenciaria positivamente. Essa afirmativa tem como base o percentual de municípios que sinalizaram o apoio da população em geral como facilitador para a implementação do Consultório na Rua – 43% entre os municípios que possuem eCR implantadas e 37% entre os que não possuem – e que indicaram a falta de apoio como barreira à implementação – 68% entre os que aderiram ao programa e 43% entre os que não aderiram.

Flint (2014), em seu estudo sobre o desenvolvimento da rede norte-americana de seguros de saúde voltada para crianças, atribuiu à simpatia das pessoas em geral em relação ao público alvo como um dos determinantes para as expansões sucessivas de financiamento e, conseqüentemente, para a evolução do projeto. No caso do Consultório na Rua, a indicação da ausência de apoio do público à implementação como uma importante barreira à execução da mesma, acaba por fortalecer o conceito de invisibilidade social das pessoas em situação de rua e a resultante negligência sobre suas necessidades de saúde.

A incompreensão sobre a forma como diferentes serviços funcionam e a complexidade em julgar sua eficácia, além do atendimento de questões relacionadas a um contexto específico, podem, de acordo com Joly, Goodman, Froggatt e Drennan (2011), dificultar sua implantação difusa. Não é à toa que Wu et al. (2014) apontam a falta de clareza nos planos operacionais como uma das barreiras à implementação de políticas públicas. As falhas de comunicação devem ser dirimidas mediante o estabelecimento de regras claras, específicas e de fácil compreensão, a fim de disseminar o programa em foco e minimizar a discricionariedade atribuída aos executores (LIMA e D'ASCENZI, 2013).

A dificuldade em compreender as normativas referentes ao Consultório na Rua e a atual estrutura do programa não parecem ser barreiras tão importantes à implementação na opinião dos municípios que não possuem eCR implantadas. Apenas 9% destes indicaram a primeira, enquanto 19% caracterizaram a segunda como obstáculo à implementação. Curiosamente, entre os municípios que possuem eCR implantadas, 13% consideraram a dificuldade na compreensão das normativas e 30% apontaram a estruturação do programa como barreiras à implementação do mesmo. Tal achado pode sugerir duas análises: 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 aderiram a este.

A questão da disponibilidade ou indisponibilidade dos profissionais de saúde em comporem as eCR guardou coerência quando apontada, respectivamente, como facilitadora ou barreira à implementação do Consultório na Rua, tanto para os municípios que aderiram ao programa, quanto para aqueles que não possuem equipes implantadas. Entre os primeiros, 55% apontaram a questão como facilitadora e 58%, como barreira, enquanto entre os demais, 42% consideraram-na como influência positiva à implementação e 48%, como negativa ao processo. Os dados encontrados coincidem com aqueles apresentados por Frumence, Nyamhanga, Mwangu e Hurtig (2013). Em um estudo sobre a implementação da descentralização de serviços de saúde, esses autores constataram que a quantidade insuficiente e a baixa qualidade dos profissionais constituem-se como impeditivo para o sucesso da implementação.

A falta de organização do aparato administrativo (vide Quadro 3) é citada na literatura como variável interveniente na implementação (HOWLETT e RAMESH, 1995; VAN METER e VAN HORN, 1996; SABATIER e MAZMANIAN, 1996). No caso do Consultório na Rua, o ônus à estrutura organizacional do município para implementação do programa mostrou-se mais relevante enquanto barreira do que enquanto facilitador para o processo, principalmente entre os municípios que não possuem eCR implantadas, argumento que pode ser considerado como uma das razões para a não adesão ao programa. 25% dos municípios que possuem eCR implantadas e 25% dos municípios que não as possuem classificaram o baixo ônus à estrutura organizacional do município como facilitador à implementação do Consultório na Rua, enquanto 30% dos municípios que aderiram ao programa e 53% dos municípios que não aderiram indicaram o alto ônus à estrutura organizacional como barreira a

sua implementação. Tal achado encontra conformidade na barreira à implementação descrita por Wu et al. (2014) como a má estrutura de gestão ou a incapacidade de coordenação de rede.

Palotti e Costa (2011) e Pinheiro e Sarti (2012), analisando o processo de descentralização das políticas sociais no Brasil, mencionaram o legado deixado por políticas prévias como um fator importante no processo de descentralização das políticas de saúde. Analogamente, poder-se-ia supor que a presença de uma rede de cuidados presente no município, voltada para a população em situação de rua, enquanto experiência pregressa na implantação de serviços direcionados a esse grupo, seria positiva à implementação do Consultório na Rua.

Por meio deste estudo foi possível confirmar tal suposição, visto que 75% dos municípios que aderiram ao programa e 67% dos que não aderiram identificaram essa questão como facilitadora à implementação. Já a ausência dessa rede foi considerada como empecilho à implementação por 51% dos municípios que possuem eCR implantadas e por 32% dos que não implantaram equipes. É interessante observar que entre os municípios que não possuem eCR implantadas, mais do que o dobro assinalou a presença de uma rede de cuidados como contribuinte para o processo de implementação do Consultório na Rua, em relação aos que classificaram sua ausência como obstáculo a este. Desse resultado, pode-se depreender que a ausência de outros serviços voltados à população de rua não parece ser uma razão tão contundente para justificar a não adesão ao programa.

Por outro lado, a questão sobre a adequação do financiamento federal para o custeio do programa mostrou-se de extrema influência para a adesão dos municípios ao programa dos Consultórios na Rua. Essa situação encontra respaldo na literatura, em que parece ser sedimentada a percepção de que a disponibilidade de recursos financeiros é fator determinante para o processo de implementação de uma política ou programa (HOWLETT e RAMESH, 1995; VAN METER e VAN HORN, 1996; SABATIER e MAZMANIAN, 1996; MAFRA e

NAVES, 2009; CARVALHO, BARBOSA e SOARES, 2010; FULOP, WALTERS, SIX e STURGEON, 2012; DUPUIS e KNOEPFEL, 2013; FRUMENCE, NYAMHANGA, MWANGU e HURTIG, 2013; WU et al., 2014). A limitação de fundos pode levar ao atraso ou ao insucesso da implementação de um programa, enquanto a alocação de recursos suficientes pode impulsionar o processo de implementação.

Nesta pesquisa, a maioria dos municípios, tanto entre os que possuem eCR implantadas, quanto entre os que ainda não as implantaram, designaram um financiamento federal adequado como facilitador e um financiamento federal inadequado como barreira à implementação do programa. No entanto, o percentual de municípios que consideraram o financiamento federal inadequado para o custeio do programa como óbice à implementação foi maior entre os municípios que ainda não aderiram a este. Por esse motivo, pode-se entender que o atual valor repassado pelo Ministério da Saúde aos municípios, referente ao custeio das eCR, não se configura como estímulo à implementação do programa.

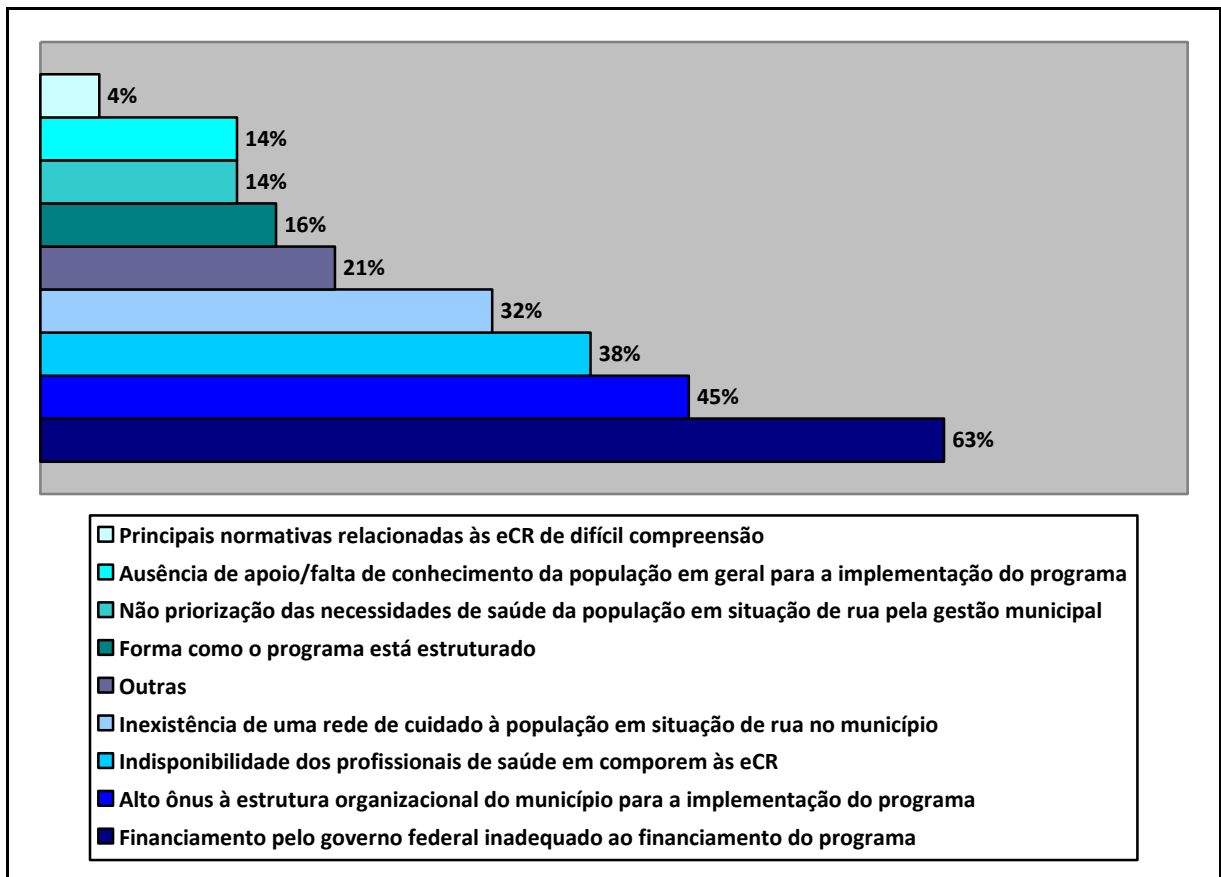
Ratificando tal entendimento, 63% dos municípios que não possuem eCR implantadas assinalaram a inadequação do financiamento federal para o custeio das eCR, quando foram arguidos sobre quais seriam as principais razões para não terem implantado as equipes (Gráfico 7).

Confirmando a tendência apontada na indicação dos facilitadores e das barreiras à implementação do Consultório na Rua, a organização do aparato administrativo, mostrou-se relevante como razão para a não implantação das eCR. 45% dos respondentes indicaram o alto ônus à estrutura organizacional do município e 38% apontaram a indisponibilidade dos profissionais em comporem as eCR como justificativas para a não adesão ao programa.

A inexistência de uma rede de cuidado voltada à população em situação de rua também foi apontada como uma das razões para os municípios não aderirem ao programa (32%). Apesar de apenas cerca de um terço dos municípios terem assinalado esta razão,

percebe-se que a presença de serviços direcionados ao grupo populacional em voga é superior em municípios que possuem eCR implantadas, sugerindo interação entre esses dois fatores.

Gráfico 7 – Razões para não implantação das eCR



Fonte: Elaborado pela autora.

21 % dos municípios indicaram outras razões, diferentes das opções disponíveis, como causas para a não implantação das eCR. Dentre elas, as mais citadas foram a ausência de população de rua nos municípios e a demora no credenciamento das equipes pelo MS (Tabela 3).

Tabela 3 – Outros motivos indicados pelos municípios para a não implementação do Consultório na Rua

MOTIVO	QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS QUE INDICARAM O MOTIVO
Ausência de população em situação de rua no município	5
Lentidão no credenciamento de novas eCR pelo MS	3
Dificuldade de contratação em consequência ao teto estabelecido pela LRF	2
Implementação do programa em fase de planejamento pela gestão municipal	2
Insuficiência de recursos humanos	1
Ausência de planejamento orçamentário para a implantação da equipe	1
Falta de transporte para a equipe	1

Fonte: Elaborado pela autora.

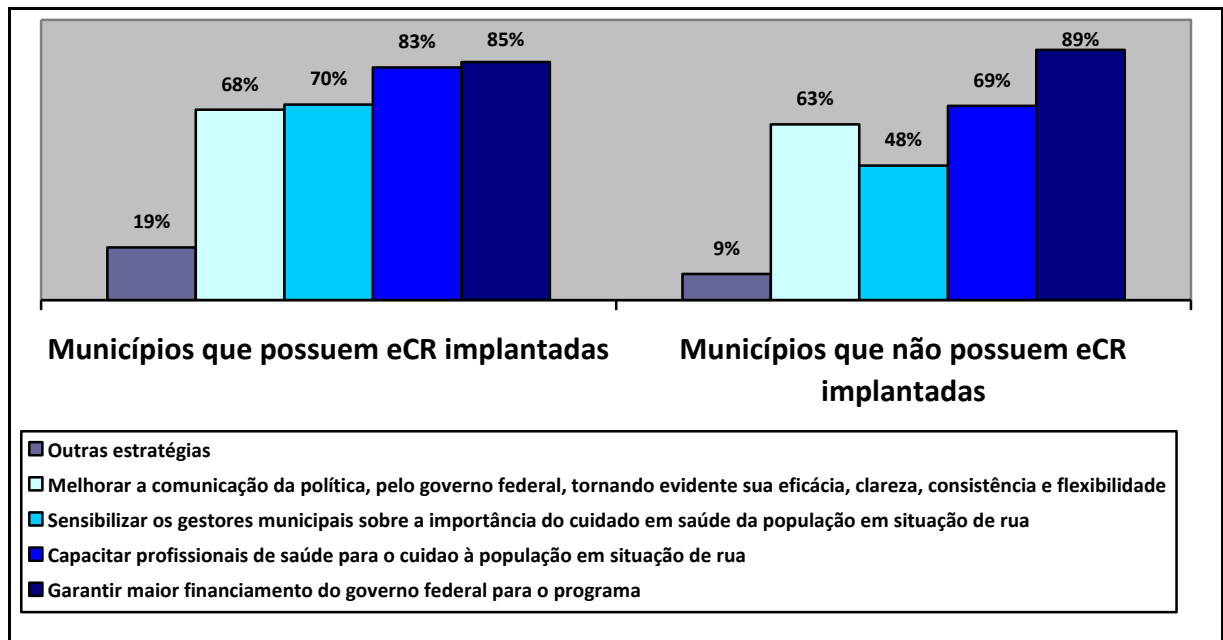
A não priorização das necessidades de saúde da população em situação de rua pela gestão municipal e a ausência de apoio/falta de conhecimento da população em geral para a implementação do programa foram registradas como razões para a não adesão ao programa por 14% dos respondentes. A baixa priorização de um determinado projeto e/ou a presença de interesses conflitantes entre atores fundamentais no processo de implementação são elencadas por Wu et al. (2014) como responsáveis por retardar ou mesmo por boicotar a implementação, enquanto Howlett e Ramesh, 1995, Van Meter e Van Horn, 1996 e Sabatier e Mazmanian, 1996, apontam o contexto social, relacionado ao apoio do público à política ou programa, como ponto de influência sobre o processo.

Para esses autores a compreensão da política por parte dos executores é indutora para a implementação. Em conformidade com tal premissa, a dificuldade de compreensão das normativas concernentes ao Consultório na Rua e estrutura atual do programa foram citados como causas para a não implantação das eCR, por, respectivamente, 4% e 16% dos respondentes. Esse dado mantém coerência com o fato de que poucos destes municípios indicaram a dificuldade em compreender as normativas referentes ao Consultório na Rua e a atual estrutura do programa como barreiras a sua implementação.

Um dos questionamentos direcionados aos gestores municipais referiu-se a quais estratégias poderiam ser desenvolvidas para melhorar o programa do Consultório na Rua e

facilitar a adesão de mais municípios (Gráfico 8). A garantia de um maior financiamento federal para o programa foi a que ganhou maior destaque pelos executores, tanto entre municípios que possuem eCR implantadas (85%), quanto entre os que não aderiram ao programa (89%). Em que pese ter havido um aumento do valor do recurso federal para o custeio das eCR em 2014, parece que, na opinião dos executores do programa, este ainda não é suficiente.

Gráfico 8 – Propostas para melhorar o programa dos Consultórios na Rua e facilitar a adesão de mais municípios



Fonte: Elaborado pela autora.

A segunda estratégia mais citada foi relativa à capacitação de profissionais de saúde para o cuidado da população em situação de rua. Este número foi maior entre os municípios que já possuem eCR implantadas (83%) do que entre os que ainda não as possuem (69%), sugerindo que, além da dificuldade de contratação de profissionais disponíveis para atuarem nas eCR, falta qualificação suficiente sobre a temática, entre os que compõem essas equipes. Sobre esse ponto, a oferta do curso “Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua com ênfase nos Consultórios na Rua”, pelo Ministério da Saúde, vai ao encontro da solicitação feita pelos municípios elegíveis à implementação do Consultório na Rua.

A importância do cuidado à população em situação de rua ainda se apresenta como pouco sensível aos gestores municipais, visto que 70% dos municípios que aderiram ao Consultório na Rua e 48% dos que ainda não aderiram ao programa consideraram a estratégia de sensibilização dos gestores, sobre essa questão, como útil para a melhoria do programa e para a facilitação da adesão de mais municípios. De acordo com Canônico et al. (2007), a necessidade de maior sensibilização sobre as demandas da população em situação de rua ainda existe tanto para profissionais de saúde, quanto para toda a sociedade.

Atenta-se para o fato de que a insensibilidade às demandas da população em situação de rua está fortemente relacionada a não priorização das necessidades de saúde desse grupo populacional pelas gestões municipais, citada como barreira à implementação do Consultório na Rua.

Interessantemente, apesar da dificuldade em compreender as normativas referentes ao Consultório na Rua não ter se mostrado como barreira tão importante à implementação, a melhoria da comunicação do programa, pelo governo federal, sobre a sua eficácia, clareza, consistência e flexibilidade, foi indicada pela maioria dos gestores municipais – 68% dos municípios que possuem eCR implantadas e 63% dos que ainda não as implantaram – como estratégia capaz de melhorar o programa e facilitar a adesão de mais municípios. Depreende-se deste dado que, para além da revisão das normativas pertinentes ao Consultório na Rua, o investimento na divulgação da temática da população em situação de rua e na relevância do programa, enquanto política social para a garantia de direitos dessa população, surtiria efeito benéfico para a sensibilização e a mobilização sociais sobre o tema e, conseqüentemente, sobre a implementação.

Outras estratégias indicadas pelos respondentes relacionavam-se à necessidade de articulação intersetorial e à garantia do financiamento do programa, com responsabilização pela sua efetiva implementação, pelas três esferas de governo. Segundo Palotti e Costa (2011),

a autonomia dos entes federados confere a estes a alternativa de anuência e adesão às políticas sociais descentralizadas. Portanto, para que se obtenha sucesso na adesão, pelos entes subnacionais, de programas nacionais descentralizados, é fundamental o desenvolvimento de estratégias de convencimento e de barganhas federativas. Ainda que estas possam sofrer interferências políticas, não foi objeto deste estudo averiguar a correlação entre o posicionamento político dos governantes dos municípios participantes – situação ou oposição ao governo federal – e a situação de implementação do Consultório na Rua nos territórios.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do direito à saúde ter sido estabelecido na Constituição Federal de 1988, como direito de todos e dever do Estado, sua garantia ainda não está presente para toda sociedade brasileira. Determinados grupos populacionais, especialmente os excluídos e os invisibilizados socialmente, encontram dificuldades em exercer tal direito. Nesta situação encontra-se a população em situação de rua, que apresenta diversos problemas de saúde como o abuso de substâncias psicoativas, HIV/AIDS, transtornos mentais/psiquiátricos, problemas odontológicos, dermatológicos e gastrointestinais, porém encontra obstáculos no acesso aos serviços de saúde.

Com o intuito de promover o acesso ao cuidado, além da atenção integral à saúde daquela população, o Ministério da Saúde criou o programa Consultório na Rua, que se constitui, basicamente, na implantação de equipes de saúde (eCR) para o atendimento às demandas de saúde apresentadas pela população em situação de rua, incluindo a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

Seguindo a lógica da maioria das políticas e programas sociais da saúde no País, a implementação do Consultório na Rua ocorre de maneira descentralizada, dependendo, portanto, da adesão discricionária dos municípios ao programa, prerrogativa que decorre da autonomia conferida aos entes federados.

Visto que, até dezembro de 2015, cerca de 30% dos municípios elegíveis à implementação do Consultório na Rua possuíam equipes implantadas e devido à necessidade de expansão do programa em função da vulnerabilidade da população em situação de rua, este trabalho teve como proposta investigar as razões da ausência desta implementação pela maioria dos municípios elegíveis. Para tanto, a pesquisa baseou-se nos fatores determinantes para a implementação de políticas e programas apontados pela literatura da área, concernentes a facilitadores e barreiras ao processo.

O estudo, classificado como descritivo-exploratório, 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.

A pesquisa incorreu em limitações. Não foi possível realizar um maior número de entrevistas, em razão da pequena equipe encarregada da gestão federal do Consultório na Rua, pois apenas quatro técnicos do Ministério da Saúde são responsáveis por acompanhar o processo de implementação do programa. Também a inexistência de uma lista única de contatos das secretarias municipais de saúde dificultou, em parte, o acesso aos gestores locais, fato que pode ter influenciado no quantitativo de municípios participantes do estudo. Além disso, o curto período de existência do programa impediu que se considerasse haver um déficit na implementação do mesmo. Por fim, o prazo exíguo para a conclusão do trabalho acabou por tornar inexecutável o aprofundamento da investigação por meio da utilização de outras estratégias analíticas.

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 geral e responder à pergunta de pesquisa “Quais são as razões da não implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua – pela maioria dos municípios elegíveis? ”, 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.

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.

Tendo em vista os aspectos observados neste trabalho e a despeito das limitações apresentadas, sobretudo o breve período de existência do Consultório na Rua, ressalta-se que os objetivos propostos para a pesquisa foram cumpridos e que os resultados obtidos são

originais e bastante relevantes, tanto para o estudo de implementação de políticas públicas, quanto para o aprimoramento do programa em específico.

Além disso, o fato da avaliação de possíveis correlações entre o posicionamento político dos governantes dos municípios participantes e a situação de implementação do Consultório na Rua nos territórios não ter sido objeto deste estudo, indica a oportunidade de agenda futura de pesquisa. Esta teria como objetivo identificar se a população em situação de rua possui uma atração maior de determinados segmentos políticos, questão que dialoga com a sensibilização dos gestores frente às demandas apresentadas por este grupo populacional.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.
- 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.
- AMARO, A; PÓVOA, A; MACEDO, L. **A arte de fazer questionários**. 2010. Porto, Portugal: Departamento de Química, Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, Portugal, 2005.
- ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-58, 2002a.
- _____. Relações federativas nas políticas sociais. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 25-48, set. 2002b.
- _____. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-75, 2012.
- BAPTISTA, T. W. F; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2011, p.138-72. Disponível em: <<http://ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/09/Capitulo-5.pdf>>. Acesso em: 5 fevereiro 2016.
- BARCELLOS, T. M. M. (Coord.). **A Política social brasileira 1930-64: evolução institucional no Brasil e no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 1983. 334p.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BERTOLOZZI, M. R; GRECO, R. M. . As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-98, dez. 1996.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. (1988). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 10 junho 2015.
- _____. Lei n. 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, nº 182, 1-5, 20 de setembro de 1990. Brasília, DF: Casa Civil.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua**. Mai, 2009a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/eventos/assistencia-social/ii-encontro-nacional-sobre-populacao-em-situacao-de-rua>>. Acesso em: 20 junho 2015.

_____. Decreto n. 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, 24 de dezembro de 2009b. Seção 1, nº 246, p. 16-7.

_____. 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.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Serviços e Programas para a População em Situação de Rua**. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/servicos-e-programas>>. Acesso em: 15 agosto 2016.

CANÔNICO, R. P; TANAKA, A. C. D; MAZZA, M. M. P. R; SOUZA, M. F; BERNAT, M. C; JUNQUEIRA, L. X. Atendimento à população de rua em um centro de saúde escola na cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 799-803, dez. 2007.

CARNEIRO JR, N; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1827-35, nov-dez, 2003.

CARVALHO, M. L; BARBOSA, T. R. C. G; SOARES, J. B. Implementação de política pública: uma abordagem teórica e crítica. **Anais do Colóquio Internacional sobre Gestão Universitária na América do Sul**, Mar del Plata, Argentina, dez. 2010.

CAVALCANTE, P. Descentralização de políticas públicas sob a ótica neoinstitucional: uma revisão de literatura. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 6, p. 1781-1804, 2011.

CERVO, A. L; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CERVO, A. L; BERVIAN, P. A; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2007.

COCHRAN, C. E; MALONE, E. F. **Public Policy: perspectives and choices**. New York: McGraw-Hill, 1995.

COCHRAN, C. E; MAYER, L. C; CARR, T. R; CAYER, N. J; MCKENZIE, M. J; PECK, L. R. **American Public Policy: an introduction**. 6ª ed. New York: St. Martin Press, 1999.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos e Contextos**, v. 4, p. 1-15, dez. 2005.

DOURADO, D. A; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-11, 2011.

DUPUIS, J; KNOEPFEL, P. The adaptation policy paradox: the implementation deficit of policies framed as climate change adaptation. **Ecology and Society**, v. 18, n. 4, 2013. Disponível em: <<http://www.ecologyandsociety.org/vol18/iss4/art31/>>. Acesso em: 10 janeiro 2016.

DYE, T. R. **Understanding Public Policy**. 7 ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1992.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-52, 2009.

FLINT, S. S. How bipartisanship and incrementalism stitched the child health insurance safety net (1982–1997). **Health & Social Work**, v. 39, n. 2, p. 109-16, 2014.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, v. 21, p. 211-59, jun. 2000.

FRUMENCE, G; NYAMHANGA, T; MWANGU, M; HURTIG, A. C. Challenges to the implementation of health sector decentralization in Tanzania: experiences from Kongwa district council. **Glob Health Action**, v. 6, 2013. Disponível em: <<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/20983>>. Acesso em: 18 agosto 2016.

FULOP, N; WALTERS, R; SIX, P; STURGEON, P. Implementing changes to hospital services: Factors influencing the process and 'results' of reconfiguration. **Health Policy**, v. 104, n. 2, p. 128–35, fev. 2012.

GIACCHINO, S; KAKABADSE, A. Successful policy implementation: the route to building self-confident government. **International Review of Administrative Sciences**, v. 69, n. 2, p. 139-60, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1994.

HILL, H. C. Understanding implementation: street-level bureaucrats' resources for reform. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 13, n. 3, p. 265-82, 2003.

HOWLETT, M; RAMESH, M. **Studying public policy: policy cycles and policy subsystems**. Oxford: Oxford University, 1995.

JOLY, L; GOODMAN, C; FROGGATT, K; DRENNAN, V. Interagency working to support the health of people who are homeless. **Social Policy & Society**, v. 10, n. 4, p. 523-36, 2011.

KEGLER, M. C; RIGLER, J; HONEYCUTT, S. The role of community context in planning and implementing community-based health promotion projects. **Evaluation and Program Planning**, v. 34, p. 246–53, 2011.

KLEINKE, M. L. U; RAGGIO, N. Z; SOUZA, L. P; WERNECK, D. Z; CASTRO, F. J. G; RIBAS, A. M. M. Federalismo e políticas sociais. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, v. 117, p. 7-28, 2009.

LIMA, L. L; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-10, dez. 2013.

LIMA, L. D; QUEIROZ, L. F. N; MACHADO, C. V; VIANA, A. L. A. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-14, 2012.

LINDBLOM, C. E. The Science of 'Muddling Through'. **Public Administration Review**, v. 19, p. 79-88, 1959.

LONDERO, M. F. P; CECCIM, R. B; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 18, n. 49, p. 251-60, jun. 2014.

LOTTA, G. S. **Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos Burocratas de Nível de Rua do Programa Saúde da Família**. 2010. 295f. Tese (Doutorado em Ciência Política). Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Departamento de Ciência Política, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: editora Pedagógica e Universitária, 1986.

MAFRA, L. A. S; NAVES, F. L. Gestão de políticas sociais: a importância das articulações institucionais e setoriais em programas de segurança alimentar e nutricional. **Cadernos EBAPE**, v. 7, n. 1, p. 35-49, 2009.

MAGALHÃES, R; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 861-68, 2009.

MARSIGLIA, R. M. G; SILVEIRA, C; CARNEIRO JR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 69-76, 2005.

MAZMANIAN, D. A; SABATIER, P. A. **Implementation and public policy, with a new postscript**. Lanham, MD: University Press of America, 1989.

MCGRATH, R. J. Implementation Theory Revisited... *Again*: Lessons from the State Children's Health Insurance Program. **Politics and Policy**, v. 37, n. 2, p. 309-36, 2009.

MEDRI, W. **Análise exploratória de dados**. Curso de Especialização "Latu Sensu" em Estatística, Centro de Ciências Exatas, Departamento de Estatística, Universidade Estadual de Londrina, 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/estatisticaeducacao/textos_didaticos/especializacao_estatistica.pdf> Acesso em: 10 fevereiro 2016.

MENICUCCI, T. M. G. História da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.

MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA. **Conhecer para lutar**: cartilha para formação política. 2010. Disponível em: <<http://www.polis.org.br/uploads/887/887.pdf>>. Acesso em: 15 junho 2015.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 2007. 300f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, 377: 1778-97, mai. 2011.

PALOTTI, P. L. M; COSTA, B. L. D. Relações intergovernamentais e descentralização: uma análise da implementação do SUAS em Minas Gerais. **Revista de Sociologia e Política**, v. 19, n. 39, p. 211-35, 2011.

PETERS, B. G. **American public policy**: promise and performance. Chappaqua: Chatham House/Seven Rivers, 1999.

PINHEIRO FILHO, F. P; SARTI, F. M. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2981-90, 2012.

PINTO, I. C. M. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de política. **Revista de Políticas Públicas**, v. 12, n. 1, p. 27-36, 2008.

PLENA, M. G; DI GIOVANNI, M; TOTUGUI, M. L; SILVA, V. C; DELGADO, P. G. G. **Consultório de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ, 2010.

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.

PRESSMAN, J. L; WILDAVSKY, A. **Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland**. 3ª ed. Los Angeles: University of California Press, 1983.

RIBEIRO, P. T. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 819-28, 2009.

SABATIER, P. A. The need for better theories. In: SABATIER, P. A. **Theories of the policy process**. Boulder, CO: Westview Press, 2007.

SABATIER, P. A; MAZMANIAN, D. A. La implementación de la política pública: un marco de análisis. In: VAN METER, D. S; VAN HORN, C. E; REIN, M; RABINOVITZ, F. F; ELMORE, R. (Dir.). **La implementación de las políticas**. México: Miguel Angel Porrúa, 1996.

SAMPIERI, R. H; COLLADO, C. H; LUCIO, P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: AMGH, 2006.

SANTANA, C. Consultórios *de* rua ou *na* rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1798-99, 2014.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SILVA, F. P; FRAZÃO, I. S; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-14, 2014a.

SILVA, F. P; FRAZÃO, I. S; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua: as autoras respondem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1799-1800, 2014b.

SOUZA, C. Instituições e mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. In: HOCHMAN, G; FARIA, C. A. P. (Org.). **Federalismo e Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 91-118.

SOUZA, E. S; SILVA, S. R. V; CARICARI, A. M. Rede social e promoção da saúde dos "descartáveis urbanos". **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 810-14, dez. 2007.

STRUYK, R. J. Factors in successful program implementation in Russia during the transition: pilot programs as a guide. **Public Administration and Development**, v. 27, p. 63-83, 2007.

VAN METER, D. S; VAN HORN, C. E. El proceso de implementación de las políticas: un marco conceptual. In: VAN METER, D. S; VAN HORN, C. E; REIN, M; RABINOVITZ, F. F; ELMORE, R. (Dir.). **La implementación de las políticas**. Ciudad Del México: Miguel Angel Porrúa, 1996.

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.

VIANA, A. L. A; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-17, 2009.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Em qual instituição/área você trabalha/atua e há quanto tempo?
2. Desde quando está envolvido com a temática da população em situação de rua?
3. Como o atual programa de saúde para a população em situação de rua está estruturado?
4. Quais foram as principais ações previstas/desenvolvidas para apoiar a implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua – Consultório na Rua?
5. Como se deu, ano a ano, a evolução da implementação do Consultório na Rua?
6. De que forma você associa essa evolução às ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para apoiar a implementação do Consultório na Rua?
7. Como você avalia o programa de saúde para a população em situação de rua, no que se refere à sua implementação?
8. Na sua opinião, quais seriam as razões para que ainda não tenha ocorrido a implementação do Consultório na Rua pela maioria dos municípios elegíveis?
9. Na sua opinião, como a relação entre os entes federados influencia a implementação do Consultório na Rua?

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PARA MUNICÍPIOS QUE POSSUEM EQUIPE(S) DO CONSULTÓRIO NA RUA IMPLANTADA(S)

Apresentação:

Este questionário tem como única atribuição fornecer informações sobre a implementação do programa de saúde para o cuidado da população em situação de rua – Consultório na Rua.

Os dados obtidos a partir das respostas serão examinados de forma agrupada, garantindo sigilo quanto à identidade do respondente.

Muito obrigado!

Questões:

- 1 Indique sua unidade federativa
 - Colocar a relação das UFs para assinalar
- 2 Indique seu cargo
 - Opções:
 - a) Coordenador de Atenção Básica
 - b) Outro membro da gestão municipal da Atenção Básica
 - c) Outro membro da gestão municipal que não seja da Atenção Básica – nesse caso indicar a qual área pertence
- 3 No seu município há quantas equipes do Consultório na Rua (eCR) implantadas?
 - Opções:
 - a) Apenas uma
 - b) De 2 e 5
 - c) De 6 e 9
 - d) 10 ou mais
- 4 Há quanto tempo elas existem?
 - Opções:
 - a) Menos de 1 ano
 - b) 1 ano
 - c) 2 anos
 - d) 3 anos
 - e) 4 anos
 - f) Mais de 4 anos

- 5 Esta(s) eCR foram criadas com base na Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2012, que definiu as diretrizes de organização e funcionamento das eCR?

Opções:

- a) Sim.
 - b) Não. Já havia, em meu município, equipe de saúde para o cuidado da população em situação de rua, que foi adequada para eCR.
- 6 Em seu município há outros serviços direcionados para a população em situação de rua?

Opções:

- a) Não.
 - b) Sim. (Nesse caso, abrir outra pergunta: Qual/Quais? – Opções (pode ser marcada mais de uma opção): a) Serviço de abordagem social; b) Centro Pop;
 - c) Outros – nesse caso pedir para especificar (campo aberto)
- 7 Na sua opinião, quais dos itens abaixo podem ser considerados como facilitadores para a implementação do atual programa de saúde para a população em situação de rua – Consultório na Rua? – Podem ser assinalados mais de um item.

Opções:

- a) Priorização das necessidades de saúde da população em situação de rua pela gestão municipal
 - b) Apoio da população em geral para a implementação do programa
 - c) Principais normativas relacionadas às eCR (Portarias nº 122 e 123) com linguagem de fácil compreensão
 - d) Forma como o programa está estruturado
 - e) Financiamento pelo governo federal adequado ao custeio do programa
 - f) Disponibilidade dos profissionais de saúde em comporem as eCR
 - g) Baixo ônus à estrutura organizacional do município para a implementação do programa
 - h) Existência de uma rede de cuidado à população em situação de rua, no município, que envolva outros setores do governo, além da saúde
 - i) Outros – nesse caso pedir para especificar
- 8 Na sua opinião, quais dos itens abaixo podem ser considerados como barreiras para a implementação do Consultório na Rua? – Podem ser assinalados mais de um item.

Opções:

- a) Não priorização das necessidades de saúde da população em situação de rua pela gestão municipal
 - b) Ausência de apoio/falta de conhecimento da população em geral para a implementação do programa
 - c) Principais normativas relacionadas às eCR (Portarias nº 122 e 123) com linguagem de difícil compreensão
 - d) Forma como o programa está estruturado
 - e) Financiamento pelo governo federal inadequado ao custeio do programa
 - f) Indisponibilidade dos profissionais de saúde em comporem as eCR
 - g) Alto ônus à estrutura organizacional do município para a implementação do programa
 - h) Inexistência de uma rede de cuidado à população em situação de rua, no município, que envolva outros setores do governo, além da saúde
 - i) Outros – nesse caso pedir para especificar (campo aberto)
- 9 Em sua opinião, o que poderia ser realizado para melhorar o programa e também facilitar a adesão de mais municípios? – Podem ser assinalados mais de um item.

Opções:

- a) Tornar evidente sua eficácia, clareza, consistência e flexibilidade.
- b) Sensibilizar os gestores municipais sobre a importância do cuidado em saúde da população em situação de rua.
- c) Capacitar profissionais de saúde para o cuidado à população em situação de rua.
- d) Garantir maior financiamento, pelo governo federal, para o programa.
- e) Outros – nesse caso pedir para especificar (campo aberto)

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA MUNICÍPIOS QUE NÃO POSSUEM EQUIPE(S) DO CONSULTÓRIO NA RUA IMPLANTADA(S)

Apresentação:

Este questionário tem como única atribuição fornecer informações sobre a implementação do programa de saúde para o cuidado da população em situação de rua – Consultório na Rua. Os dados obtidos a partir das respostas serão examinados de forma agrupada, garantindo sigilo quanto à identidade do respondente.

Muito obrigado!

Questões:

1. Indique sua unidade federativa
- Colocar a relação das UFs para assinalar
2. Indique seu cargo

Opções:

- a) Coordenador de Atenção Básica
 - b) Outro membro da gestão municipal da Atenção Básica
 - c) Outro membro da gestão municipal que não seja da Atenção Básica – nesse caso indicar a qual área pertence
3. No seu município há alguma equipe de saúde específica para o cuidado em saúde da população em situação de rua, a qual não está credenciada pelo Ministério da Saúde como uma eCR?

Opções:

- a) Não.
- b) Sim. (Nesse caso, abrir outra pergunta: Quais as razões para o município manter uma equipe de saúde específica para o cuidado em saúde da população em situação de rua sem o credenciamento/financiamento do governo federal? – Opções (pode ser marcada mais de uma opção): a) A composição da equipe existente é incompatível à preconizada pelo governo federal; b) O funcionamento da equipe existente (horário de trabalho, local de atuação, etc. diferem do estabelecido em normativa pelo governo federal; c) O município já solicitou e está aguardando o credenciamento/financiamento da equipe pelo governo federal; d) Outros – nesse caso pedir para especificar (campo aberto)

4. Em seu município há outros serviços direcionados para a população em situação de rua?

Opções:

- a) Não.
 - b) Sim. (Nesse caso, abrir outra pergunta: Qual/Quais? – Opções (pode ser marcada mais de uma opção): a) Serviço de abordagem social; b) Centro Pop; c) Outros – nesse caso pedir para especificar (campo aberto)
5. Na sua opinião, quais dos itens abaixo podem ser considerados como facilitadores para a implementação do atual programa de saúde para a população em situação de rua – Consultório na Rua? – Podem ser assinalados mais de um item.

Opções:

- a) Priorização das necessidades de saúde da população em situação de rua pela gestão municipal
 - b) Apoio da população em geral para a implementação do programa
 - c) Principais normativas relacionadas às eCR (Portarias nº 122 e 123) com linguagem de fácil compreensão
 - d) Forma como o programa está estruturado
 - e) Financiamento pelo governo federal adequado ao custeio do programa
 - f) Disponibilidade dos profissionais de saúde em comporem as eCR
 - g) Baixo ônus à estrutura organizacional do município para a implementação do programa
 - h) Existência de uma rede de cuidado à população em situação de rua, no município, que envolva outros setores do governo, além da saúde.
 - i) Outros – nesse caso pedir para especificar
6. Na sua opinião, quais dos itens abaixo podem ser considerados como barreiras para a implementação do Consultório na Rua? – Podem ser assinalados mais de um item.

Opções:

- a) Não priorização das necessidades de saúde da população em situação de rua pela gestão municipal
- b) Ausência de apoio/falta de conhecimento da população em geral para a implementação do programa

- c) Principais normativas relacionadas às eCR (Portarias nº 122 e 123) com linguagem de difícil compreensão
 - d) Forma como o programa está estruturado
 - e) Financiamento pelo governo federal inadequado ao custeio do programa
 - f) Indisponibilidade dos profissionais de saúde em comporem as eCR
 - g) Alto ônus à estrutura organizacional do município para a implementação do programa
 - h) Inexistência de uma rede de cuidado à população em situação de rua, no município, que envolva outros setores do governo, além da saúde
 - i) Outros – nesse caso pedir para especificar (campo aberto)
7. Em sua opinião, qual seria a principal razão para o seu município ainda não ter implantado a(s) eCR? ? – Podem ser assinalados mais de um item.

Opções:

- a) Não priorização das necessidades de saúde da população em situação de rua pela gestão municipal
 - b) Ausência de apoio/falta de conhecimento da população em geral para a implementação do programa
 - c) Principais normativas relacionadas às eCR (Portarias nº 122 e 123) com linguagem de difícil compreensão
 - d) Forma como o programa está estruturado
 - e) Financiamento pelo governo federal inadequado ao custeio do programa
 - f) Indisponibilidade dos profissionais de saúde em comporem as eCR
 - g) Alto ônus à estrutura organizacional do município para a implementação do programa
 - h) Inexistência de uma rede de cuidado à população em situação de rua, no município, que envolva outros setores do governo, além da saúde
 - i) Outros – nesse caso pedir para especificar (campo aberto)
8. Em sua opinião, o que poderia ser realizado para melhorar o programa e também facilitar a adesão de mais municípios? – Podem ser assinalados mais de um item.

Opções:

- a) Tornar evidente sua eficácia, clareza, consistência e flexibilidade.
- b) Sensibilizar os gestores municipais sobre a importância do cuidado em saúde da população em situação de rua.

- c) Capacitar profissionais de saúde para o cuidado à população em situação de rua.
- d) Garantir maior financiamento, pelo governo federal, para o programa.
- e) Outros – nesse caso pedir para especificar (campo aberto)

APÊNDICE D – QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS ELEGÍVEIS À IMPLANTAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA E DE MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

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
MG	20 ⁷	12	11	8	9	20
MS	4	3	3	1	0	3
MT	3	2	2	1	0	2
PA	10	0	3 ⁸	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
TOTAL	263	80	53	183	78	131

⁷ 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.

⁸ 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.