

Da estruturação da vida à organização psíquica: saúde mental da população em situação de rua

From life structuring to psychic organization: mental health of homeless people

DOI:10.34117/bjdv7n8-629

Recebimento dos originais: 07/07/2021

Aceitação para publicação: 29/08/2021

Beatriz Cabral de Vasconcellos Vinhas

Terapeuta Ocupacional Especialista em Saúde Mental pelo programa de residência multiprofissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Hospital Municipal Universitário de Taubaté
Av. Granadeiro Guimarães, 270 - Centro, Taubaté - SP, 12020-130
E-mail: vaconcellos.bea@gmail.com

Gabriella de Andrade Boska

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde pela, com doutorado sanduiche na Escola Superior da Universidade de Lisboa/Pt, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419 - Cerqueira César, São Paulo - SP, 05403-000
E-mail: gabriellaboska@usp.br

Heloísa Garcia Claro

Enfermeira, docente na Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – FENF/UNICAMP
Cidade Universitária Zeferino Vaz - Barão Geraldo, Campinas - SP, 13083-970 E-mail: helo.gclaro@gmail.com

Priscilla de Oliveira Luz

Enfermeira, Doutoranda pelo programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419 - Cerqueira César, São Paulo - SP, 05403-000
E-mail: pris_luz@usp.br

Caroline Ballan

Enfermeira, Doutoranda pelo programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419 - Cerqueira César, São Paulo - SP, 05403-000.
E-mail: tucaballan@gmail.com

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Enfermeira, docente Sênior na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP e professora visitante na Universidade Federal de Santa Maria/RS
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419 - Cerqueira César, São Paulo - SP, 05403-000-
São Paulo, SP
E-mail: marciaap@usp.br

RESUMO

Objetivo: Analisar as concepções dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial acerca do cuidado em saúde mental da população em situação de rua. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa, realizado com cinco profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial do município de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de um formulário online e analisados pelo método de análise de conteúdo. **Resultados:** As concepções dos profissionais foram categorizadas em: 1. A população em situação de rua e o cuidado em rede; 2. A organização da Rede Rua – discussões com base na experiência de um Centro de Atenção Psicossocial; e 3. Da estruturação da vida à organização psíquica – complexidades no cuidado. **Conclusão:** Na concepção dos profissionais o trabalho desenvolvido pela Rede Rua é essencial e potente para qualificar o cuidado em liberdade para a população em situação de rua com problemas de saúde mental no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Saúde mental, Pessoas em situação de rua, Serviços comunitários de saúde mental, Intersetorialidade.

ABSTRACT

Objective: To analyze the conceptions of professionals from a Psychosocial Care Center about the mental health care of the homeless population. **Methods:** Qualitative study, conducted with five professionals from a Psychosocial Care Center in the city of São Paulo. Data were collected through an online form and analyzed by the content analysis method. **Results:** The conceptions of the professionals were categorized into: 1. The homeless population and networked care; 2. The organization of the Street Network - discussions based on the experience of a Psychosocial Care Center; and 3. From life structuring to psychic organization - complexities in care. **Conclusion:** In the conception of professionals, the work developed by the Street Network is essential and powerful to qualify the care in freedom for the homeless population with mental health problems in the Unified Health System.

Keywords: Mental Health, Homeless People, Community Mental Health Services, Intersectoriality.

1 INTRODUÇÃO

Na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) é preconizada à população brasileira: "saúde como direito do povo e dever do Estado". São princípios do SUS a universalidade, a integralidade e a equidade. A equidade, é o princípio que afirma que as

desigualdades sociais existem, por isso, são necessárias formas diferentes de cuidar de acordo com as singularidades das populações que compõem uma sociedade. A equidade garante o reconhecimento das diferenças nas condições de vida e necessidades das pessoas, sendo neste caso, função ao âmbito da saúde acolher a diversidade¹.

Nesse contexto de garantia de direitos, ao qual se comprometeu o Estado Brasileiro há 30 anos, que hoje ecoa o questionamento sobre a privação de direitos sociais básicos de grande número de cidadãos, como educação, moradia, trabalho, saúde e direitos humanos, sendo as pessoas que vivem nas ruas parte desse segmento de exclusão e invisibilidade social^{2,3}.

São formas comuns de se referir às pessoas que vivem nas ruas: deambulantes, andarilhos e mendigos, porém, a deslocação não é necessariamente um traço comum desse segmento, ou, ao menos, não por livre escolha. Muitas vezes o caráter transitório dos locais onde vivem se dá pela expulsão porque acumulam objetos, fazem uso de drogas, tem alterações psíquicas ou, simplesmente, porque são incômodos aos demais que se identificam como moradores da região, deslegitimando os outros que vivem em situação de rua, que são considerados inadequados⁴.

No Brasil utiliza-se o termo “população em situação de rua” (PSR), que problematiza o estar na rua como algo maior que a “ausência de casa”. Destaca-se que a terminologia em si não reduz as desigualdades sociais, mas propomos aqui o estar na rua como processo (situação, pode estar agora e não estar mais em outro momento), e consequentemente como outras possibilidades de estar no mundo⁴.

A Política Nacional para a PSR instituída por meio do Decreto Presidencial no 7.053, de 23 de dezembro de 2009, considera que este grupo populacional é muito heterogêneo e possui em comum a pobreza extrema, desemprego, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, problemas com álcool ou outras drogas e a inexistência de residência convencional de forma regular⁵. Utilizam de forma definitiva ou temporária os espaços públicos para o sustento e como local de morada. Também fazem uso, como moradia provisória, de Unidade de Acolhimento (UA) para pernoite⁶.

De acordo com os números do Cadastro Único para Programas Sociais do governo federal (Cadastro Único) de 2019, nos últimos sete anos houve um aumento do quantitativo de famílias registradas em situação de rua de mais de 16 vezes, de 7.368 famílias em agosto/2012 para 119.636 em março/2019. Aproximadamente 70% destas,

vivem no Sudeste e 45% no estado de São Paulo, o qual atualmente contabiliza 24.344 PSR com 12.651 vivendo nas ruas e 11.693 em condição de acolhida por serviços da prefeitura⁷.

O número de pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo aumentou cerca de 60% de 2015 a 2019. Esta população é composta 85% por homens, destes 70% são negros que vivem na Subprefeitura da Sé (45%) e Mooca (19%). A faixa etária prevalente (46,6%) é de 31 a 49 anos. O conflito familiar foi o principal motivo declarado pelas pessoas para ter ido viver nas ruas (50%), seguido pelo uso de drogas ou álcool (33%), o desemprego (13%), e a perda de moradia (13%). Entre 2015 e 2019, a taxa de desemprego da capital paulista saltou de 13,2% para 16,6%⁷.

Este estudo trouxe importantes dados para o planejamento e reformulação de políticas públicas para este segmento e, ainda que não muito recente, é a referência nacional para melhor compreender as características dessa população nos grandes centros urbanos no Brasil⁸. Destaca as demandas de saúde mental e evidencia que a maioria dos entrevistados passou por internação em instituições de diversos tipos, destas 16,7% são hospitais psiquiátricos, sendo esta, uma das razões para a dificuldade de acesso a outros serviços públicos de saúde⁹. Salienta-se que essa realidade deve também ser analisada à luz do marcador social raça/cor, no campo dos direitos.

Para enfrentar esta dificuldade de acesso pelos grupos socialmente excluídos foi criado a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que tem por objetivo atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, incluindo a busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas^{10,11}. As ações se dão a partir da Atenção Básica (AB), com estratégias e fluxos que visam garantir a equidade do cuidado. Nesse cenário, o Consultório na Rua (CnaR), instituído pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), passa a compor este nível de atenção.

A RAPS faz parte de uma das redes temáticas de atenção à saúde do SUS e sua finalidade é a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com problemas de saúde mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Entre seus objetivos está a promoção de cuidados em saúde, especialmente para grupos mais vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas)¹²⁻¹⁴.

A vulnerabilidade do sujeito em situação de rua e que está em sofrimento psíquico

produz particularidades frente à PSR no geral. São sujeitos que se encontram agregados a esse contingente populacional que vive na rua, mas geralmente estão isolados diante da grave discriminação e estigma que sofrem pelas questões mentais e de uso de substâncias, geralmente nos contextos dos serviços de saúde. A esse recorte, historicamente foi atribuída a denominação “o louco de rua”¹⁵.

São estranhos seres que, nos intervalos das internações psiquiátricas ou completamente resistentes a elas, habitam as praças, os terrenos baldios das cidades contemporâneas, as esquinas, as casas abandonadas. (...) às margens das estradas, às margens da cidadania, numa busca (...) de sobrevivência material e psíquica¹⁴.

Apesar dos avanços ainda há desafios tanto para garantia do acesso, quanto do seguimento do cuidado, sobretudo frente às fragilidades na organização de equipes da rede intersetorial para realizar ações de rua. Destaca-se também a dificuldade dos profissionais em lidarem com a complexidade comportamental dessa população¹⁶.

Os CAPS como serviços de base territorial e referência para o cuidado à saúde mental, conseguiriam compor este cuidado, porém, muitas vezes não dispõe de recursos humanos suficientes e nem sempre contam com a modalidade de acolhimento 24h (tipo III), fatores importantes para atender as complexidades desta população. Por esta razão, fica evidente a necessidade de maior incentivo financeiro para a ampliação dos CAPS III, assim como da modificação das modalidades dos tipos II para o tipo III de acordo com as especificações da portaria 336/02¹⁴.

O município de São Paulo tem uma ampla legislação que respalda as políticas públicas para esse segmento, porém é questionável a forma como são implementadas. A problemática da moradia para pessoas com transtornos mentais, por exemplo, tem suas estratégias de enfrentamento ancoradas na Portaria nº05 de 2016, que institui o recurso de repúblicas para as pessoas com mais autonomia. As repúblicas são serviços especializados a abrigar a PSR com questões de saúde mental e que necessitem de maior suporte, que desejam novos projetos de vida¹⁷. No entanto, esses serviços são administrados pelo terceiro setor, dificultando a articulação e o diálogo entre as equipes dos diferentes serviços.

As condições e contextos que colocam as PSR em vulnerabilidade são geradoras de sofrimento e podem aumentar os riscos para o desenvolvimento de problemas de saúde mental desse grupo, o que coloca reforça o desafio da efetivação de políticas de saúde que

possam atender essa complexidade e reduzir estes riscos. Pesquisas recentes identificaram fragilidades na rede pública quanto à composição e articulações dos serviços para o acolhimento dos problemas de saúde mental da PSR⁹. Indicaram ainda, a necessidade de publicações que estudam especificamente o cuidado em saúde mental a PSR oferecido pelos serviços especializados¹⁸.

Diante disso, entende-se que a organização da equipe de referência para acompanhar a PSR em sofrimento psíquico no CAPS é uma potente estratégia de cuidado integral. Apesar de ter o cuidado a PSR preconizado em suas diretrizes, há uma escassez de estudos que revelam as ações dos CAPS direcionadas a esta população¹⁸, assim, este estudo tem por objetivo descrever as concepções dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que participam do Projeto Rede Rua, acerca do cuidado em saúde mental da população em situação de rua.

2 MÉTODOS

Pesquisa de abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório, realizada em um CAPS Adulto III da região Oeste do município de São Paulo. Este serviço possui funcionamento 24 horas, sete dias da semana, conta com aproximadamente 60 profissionais que atendem cerca de 350 usuários ao mês, com possibilidade de acolhimento integral para seis pessoas em necessidades de atenção à crise e vulnerabilidades. Para além da assistência mínima de saúde mental prevista pelos CAPS modalidade III (atendimentos individuais, grupais, oficinas, dentre outros), este compõe a Rede Rua, estratégia organizada em conjunto com o Centro de Referência Especializado para PSR para o cuidado em saúde mental da PSR do território.

O CAPS em questão é também um espaço de ensino, recebe acadêmicos de enfermagem, terapia ocupacional e psicologia. A presença dos estudantes é bem aceita pelos profissionais, usuários e familiares.

Como população do estudo, considerou-se a totalidade dos dez profissionais do CAPS atuantes na Rede Rua. Destes, um encontrava-se em período de férias e quatro foram excluídos mesmo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por não retornarem as respostas no prazo preestabelecido de quinze dias.

Os dados foram coletados em setembro de 2018, com cinco profissionais, por

meio de formulário online semi-estruturado produzido pelos próprios pesquisadores pelo recurso *Google Forms*, contendo oito questões norteadoras enviado ao correio eletrônico pessoal.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continha explicações sobre o estudo e igualmente garantia do anonimato e a confidencialidade dos dados coletados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) com parecer nº.2.901.253.

Os dados obtidos foram organizados em temáticas^{19,20} e analisados conforme a literatura disponível e os objetivos da investigação.

Realizou-se a leitura flutuante de todos os formulários, com codificação dos conteúdos e categorização por relevância e volumetria. Identificaremos as entrevistas como formulário 1, 2, etc, entre parênteses, nos resultados. Para a discussão dos achados, embasou-se em políticas nacionais para Saúde Mental e para a PSR.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos dados coletados nos formulários surgiram três temáticas: a PSR e o cuidado em rede, a organização da Rede Rua – discussões com base na experiência de um CAPS III e a PSR e saúde mental – Complexidades no cuidado.

A PSR e o cuidado em rede

A RAPS é constituída pelos seguintes componentes: Atenção Básica em saúde (que inclui o CnaR), Atenção Psicossocial (que inclui os CAPS), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de caráter transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial¹².

A análise dos dados aponta o papel do CAPS com a PSR, como articulador com outros dispositivos da saúde e articulação com a assistência social (4), como promotor de atendimento integral (2), como produtor de cuidado em saúde mental, como indutor da reabilitação psicossocial (2) e fomentador da reinserção social (2).

Cuidado em reabilitação psicossocial, reinserção na sociedade, articular equipamentos de saúde e social para dar continuidade no acompanhamento e fazer que essa população seja vista como um todo. (Formulário 4)

No manual sobre o cuidado em saúde junto à PSR, a produção de uma rede de cuidado é citada como uma proposta que traz a humanização para as ações e serviços de saúde responsabiliza trabalhadores e gestores em construir, com os usuários, transformações concretas na prática cotidiana das unidades de saúde¹¹. A necessidade de ações intersetoriais, em rede, no acompanhamento da PSR é iminente, necessidades complexas demandam respostas complexas. Neste cenário o Centro de Atenção Psicossocial deve se ocupar das pessoas com problemas de saúde mental, através de ações intersetoriais, visando fortalecer rede social, acesso a pertencer e a garantia e exercício da cidadania de direitos, trabalho, cultura, moradia, alimentação.

Ainda assim, os serviços de saúde mental, em geral, não estão preparados para a prática extramuros, no campo da reabilitação psicossocial, como ferramenta de promoção da autonomia das pessoas com problemas de saúde mental. Houve relatos de três CAPS que buscaram uma organização de atendimento para a PSR, porém encontraram vários obstáculos, seja pela falta de profissionais que dificultava as visitas, parcerias que só estavam presentes quando solicitadas, ou condicionar o acesso da PSR aos serviços de saúde aos projetos, sem romper com a falta de acesso que a rede impõe quando estes buscam por conta própria^{15,16}.

Todos os entrevistados apontam para o CAPS como articulador de rede no cuidado junto a PSR, serviço estratégico da RAPS. Vale destacar que essa equipe tem dez profissionais como referências articuladoras do processo de trabalho com as pessoas em situação de rua, responsável por compartilhar e articular a rede, seja dentro do CAPS e/ou intersetorial, levando-se em consideração a necessidade do território.

A equipe mínima, exigida pela Portaria nº 336 de 2016¹⁴, para atuar durante o dia num CAPS tipo III, é composta por dezesseis profissionais. No período da pesquisa o CAPS em questão atuava com uma média de trinta profissionais por dia (fosse dentro do serviço ou extramuros). Garantir o número adequado de profissionais para atuar nos serviços (conforme as demandas levantadas por cada cidade e território) e não operar apenas com a equipe mínima, é forma de fomentar o trabalho em rede.

De um modo geral, as limitações identificadas pelos estudos estão associadas a dificuldades em executar estas ações devido a poucos serviços de saúde que oferecem atendimento a PSR e que estão disponíveis para compartilhar o cuidado. Dentro do que é preconizado pelas diretrizes, as equipes de CnaR, dos CAPS e dos serviços de urgência e

emergência como componentes da RAPS, acabam por realizar parcialmente suas funções no cuidado a estas pessoas^{8,17,21}. Neste sentido, é de extrema importância que a gestão local possa garantir que os CAPS se responsabilizem pela organização da demanda da PSR e da rede de cuidados em saúde mental, no âmbito das necessidades do seu território¹⁴.

A rede se constrói em nós e por nós, de pessoas e de encontros, a intersectorialidade produz desafios para as organizações no planejamento e execução de suas ações de uma maneira nova. Entretanto, é preciso observar a rede de relações possíveis a cada contato com os usuários e pautar suas demandas pela noção de intersectorialidade^{22,23}.

A organização da Rede Rua – discussões com base na experiência de um CAPS III

A consolidação da Rede Rua no CAPS III relatada nas entrevistas se deu em um período que o território não contava com equipe de CnaR o que levou à necessidade, pelas demandas dessa população, de uma aproximação maior entre o serviço de saúde mental e a equipe do Centro de Referência Especializado para PSR (Centro POP RUA) que tem o propósito de:

"Atender famílias e indivíduos nas mais diversas situações de vulnerabilidade social ou violação de direitos como violência física, sexual, psicológica, situação de rua, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, entre outros. As unidades do Centro POP são geralmente imóveis alugados, cedidos ou públicos com abordagens distritais ou regionais"²⁴.

A Rede Rua se instaura da parceria entre CAPS e POP RUA, porém, atualmente é uma organização entre diversos serviços com ações articuladas para a PSR, com ampla participação de serviços da saúde e da assistência social. Os serviços citados nas entrevistas foram: CAPS III, Serviço de Abordagem Especializada da Assistência Social (SEAS), CnaR, Centro de Acolhida Masculino da Região, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e um CAPS Álcool e Drogas II. Apenas uma entrevista coloca a articulação com o Núcleo de Proteção Jurídica (NPJ) e com a Supervisão Técnica de Saúde (STS) do território na composição da rede, o que levanta o questionamento sobre a presença ou relevância desta para as ações.

Há também parcerias entre a Rede Rua e equipamentos de cultura do território como a Equipe do Educativo do Museu da Casa Brasileira e outra construída recentemente com o Instituto Tomie Otake, ambos de grande relevância na capital paulistana,

configurando uma abertura potente de espaços negados à essa população marginalizada pela cidade. Amplia a intersectorialidade e diversidade de ofertas e estratégias de cuidado comunitário, em liberdade.

A organização para as ações e acompanhamento dos usuários da Rede Rua é realizada por meio de duas principais reuniões mensais, sendo uma que abrange todos os equipamentos do território, e outra no CAPS entre os profissionais de referência e a PSR do serviço. Essa equipe, segundo os entrevistados, é importante para que não se percam informações, para organizar o plano de visitas no território e compartilhar o que é realizado nas ruas com os demais profissionais do serviço.

A organização é feita da mesma forma que fazemos com outros usuários, de forma individual pensando em um projeto terapêutico singular, analisando as questões relacionadas às demandas, queixas, necessidades. (Formulário1)

Ressalta-se que as atividades realizadas pela equipe de referência em questão, são previstas como ferramenta de acompanhamento ofertada no serviço aos usuários de forma geral^{13,22}, o diferencial é ter uma equipe de profissionais de referência que acompanham as trajetórias de vida desses sujeitos nas ruas com um olhar mais amplo sobre a chegada destes no serviço e as necessidades específicas que eles possuem. Um ensaio clínico que avaliou intervenções de *housing first* evidenciou que trabalhar com a gestão de casos em equipe, facilita a recuperação da saúde mental da população em situação de rua¹³.

As ações territoriais relatadas são visitas e abordagens de rua que podem ser realizadas por duplas ou trios de profissionais, apenas com a equipe do CAPS ou compartilhadas com outros profissionais da rede. As ações realizadas no serviço passam por: atendimentos individuais, atendimentos em grupo, acompanhamento em situações de saúde clínica, atendimentos compartilhados, grupos terapêuticos, atenção à crise e acesso ao exercício de direitos.

As entrevistas relatam que a organização de encontros periódicos entre as equipes permitiu um acompanhamento direcionado às necessidades das pessoas em situação de rua e com problemas de saúde mental e possibilitou a construção e condução deste trabalho. A entrevista 3, destaca que:

Toda a equipe do CAPS realiza ou pode realizar atendimento à população em situação de rua, não sendo exclusivo dessa equipe que estabelece um contato

mais próximo e sistematizado com os equipamentos especializados em seu atendimento. (Formulário 3)

Corroborando esta questão, um estudo buscou compreender o trabalho intersetorial e a inserção e o fluxo de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave nos serviços públicos de saúde mental. Identificou que a estratégia de abordagem de rua é a forma mais frequente de acesso a PSR, contudo, quando esta era feita apenas com a presença de um único profissional do CAPS, apesar de contribuir na identificação das necessidades do sofrimento psíquico, limitava a integralidade e continuidade do cuidado quando este profissional não estava presente deixando as demandas para a assistência social assumir⁹. Situações como esta tendem a diminuir a potência do trabalho interdisciplinar evidenciado com base na integralidade do cuidado, produzido por meio de diálogo e trocas entre os trabalhadores dos Serviços de Saúde e Assistência Social, da Rede de Atenção Psicossocial, das Redes de Saúde, equipamentos da Cultura, Justiça e outros.

PSR e saúde mental – Complexidades no cuidado.

Por ordem de incidência nos dados coletados, as necessidades em cuidado mais identificadas na PSR são: garantia de abrigo e acesso à moradia (4), vulnerabilidade e pobreza extrema (3), garantia de cuidados básicos como higiene e alimentação e direitos de cidadania (3), relações familiares fragilizadas como agressão e/ou abandono (2), exposição ou vivência de violência sexual (2), cuidado à saúde clínica (2), relação dos moradores do bairro com a PSR e especialmente com a população com questões de saúde mental, necessidade diminuir estigmas e barrar ações excludentes e higienistas (2), criação e ampliação da rede social, construção de vínculos (2) e uso problemático de álcool e outras drogas (1).

Os dados do formulário 3, compartilha um caso para elucidar como essas demandas apareceram na história de vida de uma usuária e como a equipe e a rede se organizaram para atender as necessidades do caso:

Em 2013 iniciamos o acompanhamento intersetorial de uma idosa, com 61 anos na época, com histórico de trintas anos em situação de rua no mesmo território. Durante quatro anos realizamos visitas compartilhadas priorizando a vinculação e identificação de demandas. Apresentava discurso desorganizado e

hostil, destacando as iniquidades do território que considerava uma ameaça, citando inclusive ações municipais vinculadas à limpeza urbana que retirava seus pertences e organização da dinâmica estabelecida no local. Diante das diversas violências e perdas que vivenciou, buscamos respeitar o seu desejo de permanecer no local e nos esforçamos para que os equipamentos de saúde pudessem acessá-la sem que houvesse a demanda de se deslocar, compreendendo que violar esse desejo poderia ser a reprodução de mais uma violência em sua trajetória de vida. Em 2017, foi hospitalizada em decorrência de intercorrências clínicas e, a partir desse momento, foi possível construir uma trajetória de vida e autonomia. Nesse processo de cuidado, em que o cerne foi a acolhida qualificada de seus desejos, tornou-se protagonista autônoma de seus processos, articulando nova constituição de moradia e redes de pertencimento. No desenvolvimento desse percurso, a medicação psiquiátrica se fez desnecessária, já que da estruturação na vida proporcionou também a organização psíquica. (Formulário3)

É considerada a importância de pautar a prática do trabalho na relação entre serviço e sujeito, onde o objeto do cuidado é a pessoa e não o diagnóstico. O enfoque está na promoção dos direitos e contextualização do comportamento frente ao vivido e não na melhora da sintomatologia clínica como objetivo final ou, na medicamentação da violação dos direitos. Com base na construção deste encontro, o cuidado a PSR com problemas de saúde mental torna-se emancipador^{24, 25}.

As dificuldades evidenciadas no cuidado em saúde mental à PSR apareceram em duas categorias: uma ligada à organização do trabalho (2) e outra ligada ao acesso à moradia (3). No que tange a organização do trabalho as entrevistas relatam:

Dificuldade de organização de agenda com os demais colegas. (Formulário2)
Dificuldade na continuidade do cuidado devido à não presença em todas as reuniões de rede por parte de alguns equipamentos. (Formulário 5)

O acesso à moradia como direito – debate urgente para a pauta do município de São Paulo – é percebido também pela falta de serviços adequados para o atendimento dessa população, já elucidado também por outras pesquisas^{9,18}.

Não há albergue feminino na região, há poucas instituições e vagas para cuidado de pessoas idosas em situação de rua/vulnerabilidade, o albergue masculino da região também necessitaria de mais recursos para poder

abrigar de forma mais adequada às pessoas em situação de rua que têm transtornos mentais. Além disso, é necessário que haja mais residências terapêuticas que possam abarcar pessoas que não estiveram internadas em hospitais psiquiátricos mas também estão em condições de vulnerabilidade grave. (Formulário 1)

O município de São Paulo possui um Plano Municipal de Políticas para a PSR – Plano PopRua¹⁷ – que propõe uma implementação gradativa de ações de acordo com os seguintes eixos, orientadores para a garantia dos direitos humanos: Habitação; Cultura, Conhecimento e Trabalho; Atendimento Humanizado e Gestão³.

Apesar de todos os equipamentos e estratégias apontados por este estudo, a realidade vivenciada pelos profissionais é a carência de moradia que possam ser estratégias de cuidado no campo psicossocial. O que ocorre é que, muitas vezes, os serviços de atendimento à saúde são utilizados como serviço de moradia, porém, essa distinção é feita na própria portaria quando coloca que o eixo orientador III de Atendimento Humanizado dispõe sobre Serviços de Sobrevivência, Serviços de Cidadania e Mobilização, entre eles, os Centros de Acolhida de responsabilidade da SMADS.

Apesar do relato de poucas possibilidades e política de moradia a entrevista abaixo relata um outro jeito de organizar novas moradias:

Quando observamos a listagem das pessoas em situação de rua que acompanhamos e notamos que este diminui consideravelmente. Analisando essa listagem, compreendemos que mantemos o acompanhamento das mesmas pessoas, mas hoje muitos dos usuários atendidos se organizaram em novas moradias, a partir da aproximação das equipes com seus territórios existenciais. (Formulário 3)

Não foi possível inferir se essas novas moradias seriam locações de espaços que esses usuários conseguiram realizar após terem uma renda (seja por benefício social ou trabalho), se foram possíveis retornos a casa de familiares ou pessoas próximas a esses usuários e, até mesmo, se houveram arranjos possíveis de moradia com outros usuários dos serviços. Apesar disso, entendemos que estes jeitos de organizar as “novas moradias” só podem ser produzidos em rede, sejam elas afetivas, sociais ou de apoio na perspectiva do acesso e garantia dos direitos.

A entrevista 2 relata a potência do cuidado no CAPS junto a PSR, para a reinserção social deste sujeito, descrita em diferentes narrativas, cada qual colocando a relevância em um aspecto desse trabalho:

Desenvolver a reinserção social do paciente. (Formulário 2)

A potência é a criação de vínculo, com isso conseguimos interagir de uma forma mais plena, afetuosa e conseguindo tirar essa população da margem da sociedade. (Formulário 4).

A potência, acredito que está no trabalho multidisciplinar da equipe CAPS que por meio de um oficinairo como eu, por exemplo, olha para potência de vida e saúde do sujeito e sua subjetividade. (Formulário 5)

A criação de vínculos com esse segmento social, com respeito a sua autonomia, direito de escolha e ausente de juízos morais, é um desafio¹¹, ferramenta de trabalho fundamental para trabalhadores de saúde mental no campo psicossocial, conforme o relato:

Uma potência que enxergo nesse serviço, é a oportunidade. Oferecer oportunidades para pessoas que estão necessitando do que é básico (higiene, alimentação, abrigo, cuidados de saúde fundamentais), mas também que podem alterar a maneira como vivem, como por exemplo uma vaga de albergue, benefício que gera mais autonomia financeira, socialização, medicação, enriquecimento de repertórios culturais, sociais, financeiros e subjetivos. (Formulário 1)

Entendo que a potência desse cuidado é garantir não apenas acesso aos equipamentos, mas também a ampliação de suas conexões existenciais, em uma perspectiva em que devemos nos utilizar da criatividade, tendo como horizonte a cidadania e a liberdade, cotidianamente criando práticas de cuidado que provoquem menos interdições. (Formulário 3)

As ações, desenvolvidas pelas equipes de saúde mental atuantes com a PSR, são norteadas pelos vínculos entre os envolvidos, tecendo redes de aproximação no coletivo e no processo de cuidado²⁴. Somente em relações de confiança pautadas em escuta qualificada, trabalho multidisciplinar, ações intersetoriais, redução de danos, clínica ampliada, território e autonomia é que as pessoas serão protagonistas das suas histórias¹⁸.

Limitações e implicações futuras

Como limitações do estudo, aponta-se a ausência de dados para caracterizar o perfil dos profissionais, fator que poderia influenciar nas respostas. Entretanto, identificamos nas entrevistas aspectos que apontam o caráter interdisciplinar dos conteúdos. Outra limitação foi o uso de formulário online de forma descritiva, o que pode ter limitado a manifestação de questões subjetivas de cada entrevistado a respeito de ações específicas realizadas.

Como implicações futuras acreditamos que este modelo de cuidado da “Rede Rua” pode inspirar outros serviços de saúde mental na estruturação de um cuidado singular para as pessoas em situação de rua.

4 CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que, o trabalho em rede e multidisciplinar desenvolvido pelo CAPS é potente e essencial para qualificar o acesso e o acompanhamento a PSR com problemas de saúde mental no SUS. As demandas das PSR são preocupação constante da equipe e está precisa de apoio para ser potente o suficiente e conseguir lutar pela integralidade, equidade e universalidade das ações de cuidado a essa população.

O suporte é de ordem de infraestrutura física, de recursos humanos e de educação permanente. Como também, é necessária a consolidação de ações intersetoriais e fomento da gestão local e de políticas públicas com foco na garantia de condições para que os pontos de atenção funcionem de forma articulada, com recursos humanos e materiais suficientes para as necessidades de saúde de cada território na perspectiva da cidadania de direitos. Não há como atuar no Projeto Terapêutico Singular de pessoas em situação de vulnerabilidade sem esforços máximos pela segurança biopsicossocial dos trabalhadores. A organização de equipes de referência para a PSR em serviços comunitários de saúde mental potencializa o cuidado no acolhimento das pessoas, compreendendo e vivenciando as singularidades com proximidade e contribui para a construção de cuidado qualificado, humanizado e integral.

Os desafios para o cuidado em saúde mental da PSR centram-se nos eixos da Reabilitação Psicossocial, na busca por possibilidades de moradia, reinserção social e produção de novos territórios existenciais. O caminho único para essa reabilitação é o Projeto Terapêutico Singular, no local de cuidado que é a Rede de Atenção Psicossocial



(irrestrita a um único serviço), para o cuidado humanizado no campo psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei N^o 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* 1990; 19 Setembro.
2. Paiva IKS, Lira CDG, Justino JMR, Miranda MGO, Saraiva AKM. Direito à saúde da . em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(8): 2595-2606.
3. Mariana Silva Rodrigues, Antonio Isidoro Piacentin. Os direitos humanos no município e a população de rua. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.3, p. 24131-24145 feb/mar 2021.
4. Patten SB. Homelessness and Mental Health. *Can J Psychiatry*. 2017 Jul;62(7):440-441. doi: 10.1177/0706743717711423. PMID: 28683223; PMCID: PMC5528993. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5528993/>
5. Brasil. Decreto Presidencial no 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2009; 23 Dez.
6. Brasil. Ministério da Cidadania (MC). *População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam?*. Brasília: MC; 2019.
7. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE). Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo, 2019 – Resultados. São Paulo: *Fipe* 2019.
8. Natalino, MAC. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. Texto para discussão/ Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: *IPEA* 2018. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819
9. Borysow IC, Furtado JP. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet] 2014 Dez [citado 09 Abr 2020]; 48(6): 1069-1076. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000601069&lng=en&nrm=iso
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para

a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 22 out.

11. Brasil. Ministério Da Saúde (MS). Secretaria De Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à População em Situação de Rua. *SÉRIE A. Normas e manuais técnicos/2012*. Brasília; 2012.

12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria no 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde. *Diário Oficial da União* 2011; dez 26. Mejia-Lancheros C, Lachaud J, O'Campo P,

13. Wiens K, Nisenbaum R, Wang R, Hwang SW, Stergiopoulos V. Trajectories and mental health-related predictors of perceived discrimination and stigma among homeless adults with mental illness. *PLoS One*. 2020 Feb 27;15(2):e0229385. doi: 10.1371/journal.pone.0229385. PMID: 32106225; PMCID: PMC7046214.

14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os centros de atenção psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/ complexidade e abrangência populacional. *Diário Oficial da União* 2002; 9 fev.

15. Brito, MMM. A abordagem e a clínica no atendimento aos moradores de rua portadores de sofrimento psíquico. *Psicol. cienc. prof.* [Internet] 2006 [citado 20 Jan 2019]; 26(2):320-327. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932006000200013&script=sci_abstract&tlng=pt

16. Stergiopoulos V, Mejia-Lancheros C, Nisenbaum R, Wang R, Lachaud J, O'Campo P, Hwang SW. Long-term effects of rent supplements and mental health support services on housing and health outcomes of homeless adults with mental illness: extension study of the At Home/Chez Soi randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2019 Nov;6(11):915-925. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30371-2. Epub 2019 Oct 7. PMID: 31601530.

17. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania. Portaria Intersecretarial SMDHC/SMADS/SMS/SEHAB/SDTE nº 005 de 26 de Dezembro de 2016. *Institui o Plano Municipal de Políticas Públicas para a População*

em Situação de Rua. São Paulo; 2016.

18. Wijk LB, Mangia EF.. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet* [Epub] 2019;24(9): 3357-3368.

19. Bardin L. *Análise do Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

20. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Edição 14. São Paulo, SP: Editora Hucitec; 2014.

21. Kenny Silva Del Hoyo, Cristine Moraes Roos, Milena Amorim Zuchetto, Caroline Porcelis Vargas, Cláudia Porcelis Vargas, Lucas Antunes. Locais de atenção à saúde das pessoas em situação de rua: construção de um mapa. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 47062-47072, jul. 2020.

22. Stenius-Ayoade A, Haaramo P, Erkkilä E, Marola N, Nousiainen K, Wahlbeck K, Eriksson JG. Mental disorders and the use of primary health care services among homeless shelter users in the Helsinki metropolitan area, Finland. *BMC Health Serv Res*. 2017 Jun 21;17(1):428. doi: 10.1186/s12913-017-2372-3. PMID: 28637455; PMCID: PMC5480200.

23. Prefeitura de São Paulo. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua. *SMADS*; 2018.

24. Koopmans FF, Daher DV, Acioli S, Sabóia VM, Ribeiro CRB, Silva CSSL. O viver na rua: Revisão integrativa sobre cuidados a moradores de rua. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet] 2019 [citado 1 Abr 2020]; 72(1):211-220. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100211&lng=pt&nrm=iso

25. Rocha AC, Barrios NS, Rolim PDS, Zucolotto MPR. Sofro, logo me medico: a medicalização da vida como enfrentamento do mal-estar. *Ver. Multidisciplinar e de Psicologia*. [Internet]2019 [citado 22 Nov 2020]; 13(46):392-404. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1854/2903>