

# Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua\*

ACCESS, EQUITY AND SOCIAL COHESION: EVALUATION OF INTERSECTORAL STRATEGIES FOR PEOPLE EXPERIENCING HOMELESSNESS

ACCESO, EQUIDAD Y COHESIÓN SOCIAL: EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS INTERSECTORIALES PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE CALLE

Igor da Costa Borysow<sup>1</sup>, Juarez Pereira Furtado<sup>2</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender e avaliar o trabalho de assistência intersetorial sobre a inserção e o fluxo de pessoas em situação de rua, com transtorno mental grave, nos serviços públicos de Saúde Mental. **Método:** Estudo de caso, desenvolvido a partir de 10 visitas a um albergue, entre março e abril de 2012. Para a coleta de dados foi realizada a observação participante e entrevistas semiestruturadas com quatro albergados, além de entrevistas não diretivas em grupo, com cinco técnicos dos serviços socioassistenciais. **Resultados:** Foram analisados por meio da Análise de Conteúdo e da elaboração de Modelo Lógico, e validados junto aos profissionais envolvidos. **Conclusão:** Os serviços socioassistenciais são a principal entrada dessa clientela à rede pública de assistência, e que os serviços de Saúde Mental apresentam dificuldades em responder às especificidades dessa mesma clientela e estabelecer trabalho intersetorial.

## DESCRIPTORES

Moradores de rua  
Transtornos mentais  
Assistência Social  
Ação Intersetorial  
Serviços de Saúde Mental  
Avaliação em saúde

## ABSTRACT

**Objective:** To understand and evaluate the work of intersectoral assistance on the insertion and the flow of people in situation of street with severe mental illness in public services of Mental Health. **Method:** A case study developed from ten visits to a night shelter between March and April 2012. For data collection, the participant observation and semi-structured interviews were carried out with four sheltered individuals, as well as non-directive group interviews with five technicians of the social-assistance services. **Results:** Were analyzed using Content Analysis and developing a Logic Model validated with the professionals involved. **Conclusion:** The social assistance services are the main entry of this clientele in the public network of assistance services, and the Mental Health services have difficulty in responding to the specificities of the same clientele and in establishing intersectoral work.

## DESCRIPTORS

Homeless persons  
Mental disorders  
Social Assistance  
Intersectorial action  
Mental Health Services  
Health evaluation

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender y evaluar el trabajo de asistencia intersectorial acerca de la inserción y el flujo de personas en situación de calle, con trastorno mental severo, en los servicios públicos de Salud Mental. **Método:** Estudio de caso, desarrollado a partir de 10 visitas a un albergue, entre marzo y abril de 2012. Para la recolección de datos fue realizada la observación participante y entrevistas semiestruturadas con cuatro albergados, además de entrevistas no directivas en grupo, con cinco técnicos de los servicios socioasistenciales. **Resultados:** Fueron validados mediante el Análisis de Contenido y la confección del Modelo Lógico, y validados junto a los profesionales involucrados. **Conclusión:** Los servicios socioasistenciales son la principal forma de ingreso de esa clientela a la red pública de asistencia, y que los servicios de Salud Mental presentan dificultades de responder a las especificidades de dicha clientela y establecer trabajo intersectorial.

## DESCRIPTORES

Personas sin hogar  
Trastornos mentales  
Asistencia Social  
Acción intersectorial  
Servicios de Salud Mental  
Evaluación en salud

\* Extraído da dissertação "Acesso e equidade: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua com transtorno mental grave", Universidade Federal de São Paulo, 2013. <sup>1</sup> Doutorando em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. <sup>2</sup> Professor Doutor, Chefe do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Nos anos 1970, estudos identificaram aumento de pessoas desempregadas morando em vias públicas como resultante da desestruturação do mercado de trabalho no Brasil<sup>(1-2)</sup>, socorridas pelas instituições religiosas e filantrópicas. Inicialmente chamados de *soldados de rua pela Pastoral de Rua da Igreja Católica*, passaram a ser caracterizados como *população de rua* ou *moradores de rua* pela rede de assistência nos anos 1990. Sob tais denominações encontram-se grupos heterogêneos de pessoas que vivem ou dormem em locais públicos, ou em serviços de acolhimento por razões distintas, podendo haver outras causas além do desemprego<sup>(2)</sup>. Mais recentemente, passou-se a utilizar a expressão *persona em situação de rua (PSR)*, de modo a classificar o grupo que (...) faz das ruas seu espaço principal de sobrevivência e de ordenação de suas identidades (...) estabelecendo no espaço público da rua seu palco de relações privadas<sup>(3)</sup>, que pode ter caráter permanente ou transitório<sup>(4)</sup>.

Em 2008, foi apresentada a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua pelo governo federal, elaborada por sete ministérios e diversos movimentos sociais<sup>(3)</sup>, articulando distintos setores no cuidado a esse grupo social. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por meio de serviços contidos nos níveis de Proteção Especial de média e alta complexidade<sup>(5)</sup> estabeleceu diferentes serviços para responder aos problemas específicos dessa clientela. E no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) foi proposto, em 2012, a estratégia Consultório na Rua, vinculada à atenção básica para atender às especificidades dessa população<sup>(6)</sup>.

No contexto dessas novas iniciativas, devemos considerar que pessoas em situação de rua apresentam importante prevalência de transtornos mentais graves<sup>(7)</sup>, constituindo desafio às redes de atenção psicossocial – especialmente aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – e à Atenção Básica. Transtorno mental grave (TMG) é aqui compreendido como casos de psicoses funcionais que, conforme a décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)<sup>(8)</sup> estariam relacionados a graduações de esquizofrenia, transtornos delirantes induzidos, transtornos esquizoafetivos, transtornos psicóticos não orgânicos, episódios maníacos e transtorno afetivo bipolar, incluindo os episódios depressivos graves com ou sem sintomas psicóticos. Tais transtornos teriam em comum a duração de mais de dois anos e o fato de gerarem incapacidades psíquicas e sociais que afetam a capacidade produtiva, afetiva e a autonomia das pessoas acometidas, sendo agravados quando associados à pobreza<sup>(8)</sup>.

Elemento central na reforma do sistema brasileiro de proteção social, considerado fundamental para o sucesso da assistência à PSR, e recorrente no histórico de planos

de abordagem dessa clientela<sup>(9)</sup>, a integração intersetorial constitui o consenso que norteia as discussões e, ao mesmo tempo, o grande desafio ao ser transposta para o plano operacional. A junção de diferentes setores do Estado para o enfrentamento de um problema social exige que o objeto seja recriado a partir dessa nova e múltipla perspectiva quando se pretende desenvolver ações integradas<sup>(10)</sup>. A intersetorialidade exige conexões entre setores e órgãos (governamentais ou não) para solucionar problemas sociais de grande complexidade<sup>(9-10)</sup>. Este conceito ganha visibilidade nos anos 1970, a partir dos debates sobre promoção da saúde, que responsabilizou diferentes setores na busca de equidade<sup>(10)</sup>. No entanto, verifica-se dificuldades em estabelecer ações intersetoriais inclusive entre os Ministérios responsáveis pela Seguridade Social<sup>(9)</sup>.

O trabalho intersetorial ganha especial relevância quando se trata de efetivamente responder às necessidades da população em situação de rua com transtorno mental grave TMG, cuja complexidade extrapola significativamente a capacidade de um único setor. Porém, na prática dos serviços ligados a cada um dos dois setores mencionados, surgem questões essenciais que dificultam ações colaborativas. Os trabalhadores dos serviços de Saúde Mental, por exemplo, podem apresentar reservas em relação à PSR, vistas predominantemente como portadora de questões sociais e, portanto, objeto de cuidados de serviços ligados ao SUAS<sup>(11)</sup>. Por seu turno, o acolhimento de sujeitos em sofrimento mental grave nos serviços socioassistenciais pode ser percebido como especial sobrecarga para trabalhadores pouco ou nada familiarizados com os determinantes subjetivos, individuais e sociais envolvidos nessas situações<sup>(12)</sup>.

Com base no que vem sendo exposto, foi realizado um estudo de caso sobre o atendimento à PSR que apresenta (TMG), de modo a compreender e avaliar os fatores que influenciam sucessos e insucessos do trabalho intersetorial realizado por serviços ligados ao SUS e SUAS em torno dessa clientela. Desse modo, serão identificadas as principais questões que permeiam a assistência oferecida pelo setor Saúde quando exigida pelo de Assistência Social, por meio da assistência em Saúde Mental a usuários de um albergue ligado ao SUAS.

## MÉTODO

Delimitamos o caso estudado aos fluxos estabelecidos entre um albergue municipal e um CAPS, na assistência à PSR com TMG, inseridos em uma cidade do interior paulista, com 290 mil habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e posicionado, segundo o índice de desenvolvimento humano (IDH), logo abaixo dos primeiros quinhentos municípios classificados no Brasil. O município escolhido para a pesquisa desenvolve as ações de Assistência Social por meio de quatro Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), um Centro de

Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), um Centro de Referência Especializada em Assistência Social para a PSR (CREAS-POP) e duas Casas de Acolhimento Provisório (infantil e albergue adulto). A rede de Saúde Mental é constituída por um CAPS III (que funciona 24h/dia), um CAPS II (funcionamento diurno), um CAPS AD (para tratamento de dependência de álcool e outras drogas) e um CAPS-infantil. A rede de atenção básica conta com dez Unidades de Saúde da Família (USFA).

O estudo de caso permitiu a consideração de particularidades e a análise em profundidade das interações entre setores, problematizada no tópico anterior<sup>(13)</sup>. Para a coleta de informações foi utilizada a observação participante<sup>(14)</sup> por meio da inserção do pesquisador principal no albergue público em 10 visitas realizadas ao longo de cinco semanas, com duração aproximada de um período da manhã ou da tarde cada uma. Além disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cada um dos sujeitos acompanhados – três mulheres e um homem aqui identificados com nomes fictícios – que tinham em comum o fato de serem simultaneamente usuários do albergue e apresentarem potencial demanda por atendimento pelas equipes dos CAPS. De modo a captar as percepções dos trabalhadores, foram feitas duas entrevistas não diretivas em grupo<sup>(15)</sup>, tendo participado três técnicos no primeiro grupo (um educador social do CREAS, um assistente social do albergue e um assistente social do CREAS-POP), e dois outros técnicos no segundo grupo (um educador da Abordagem Social e uma assistente social do CREAS-POP). A observação participante e as entrevistas individuais e grupais foram realizadas no período compreendido entre março e abril de 2012. Com base nos trabalhos de campo, foi elaborado um modelo lógico<sup>(13)</sup>, representando graficamente como se supõe que deveria operar o acolhimento e a assistência à PSR pelos dois setores aqui considerados (Figura 1). Os resultados parciais foram debatidos com os integrantes dos grupos de entrevistas não diretivas, permitindo a validação do que foi encontrado e o levantamento de novas informações e questões.

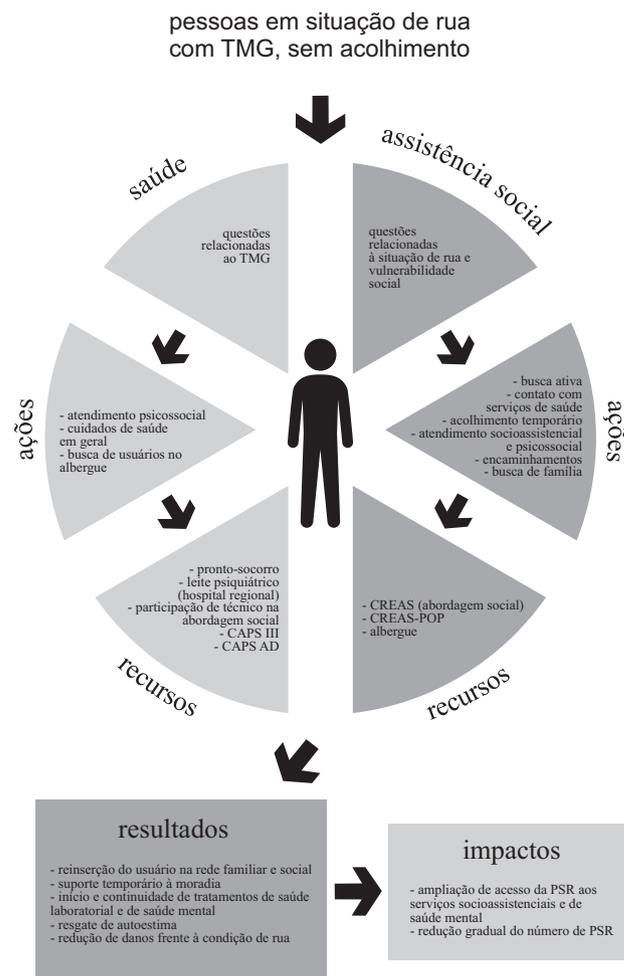
As informações foram inicialmente processadas por meio do programa NVivo 9. A Análise de Conteúdos<sup>(16)</sup> foi utilizada para categorizar o material gerado segundo os referenciais de nosso interesse em torno dos eixos de análise: acessibilidade<sup>(17)</sup>, equidade<sup>(18)</sup> e desfiliação<sup>(19)</sup>. A *acessibilidade* refere-se ao ajuste entre os recursos disponíveis pela rede de assistência e as necessidades da comunidade, distinguindo-se de acesso, que se refere à capacidade dos agentes buscarem e usufruírem dos cuidados em saúde. Podem dificultar a acessibilidade obstáculos ecológicos (localização), organizacionais (dificuldades na entrada, questões internas dos serviços) ou financeiros (custo dos serviços)<sup>(17)</sup>. Em estudo crítico a respeito da *equidade*, os autores concluíram que o termo refere-se ao produto de políticas sociais que investem nos tratamentos diferenciados de sujeitos especialmente vulneráveis, de forma a superar injustiças oriundas de desigualdades sociais<sup>(18)</sup>.

As zonas de coesão social – integração, vulnerabilidade, assistência e desfiliação – gradam os limites de inserção social e são organizadas pela sociedade, pelas instituições e pelo Estado<sup>(19)</sup>. Instabilidade no trabalho, nas relações familiares e/ou comunitárias são localizadas socialmente na zona de vulnerabilidade. Quando estas mantêm vínculos com a sociedade através de serviços assistenciais, adentram a zona de assistência<sup>(19)</sup>. Se há rompimento com o mercado de trabalho e seus vínculos sociais estão fortemente desestruturados, elas passam a integrar a zona de *desfiliação*.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Bioética da Universidade Federal de São Paulo, parecer nº 1891/11, e pela Secretaria de Assistência Social do município pesquisado.

## RESULTADOS

A discussão do modelo lógico permitiu estabelecer diferenças existentes entre o programado (Figura 1) e o efetivamente realizado pelos setores envolvidos na atenção à PSR com TMG no município.



**Figure 1**– Modelo lógico da rede de serviços e atividades do itinerário da população em situação de rua no município, elaborado junto com os técnicos entrevistados.

Constatou-se, no modelo acima, a falta de estratégias no setor Saúde para busca ativa, destacando a ausência da estratégia Saúde da Família, verificando ser esta ação restrita à Assistência Social por meio do serviço de abordagem de rua. O apoio ofertado pela Saúde Mental do município configura-se na oferta de atendimento psicossocial, um período por semana, as terças à tarde, por uma terapeuta ocupacional do CAPS. Além disso, um veículo da Secretaria Municipal de Saúde, garante traslado diário para o CAPS dos usuários do albergue.

A estratégia de Abordagem de Rua tem sido a forma mais frequente de acesso da PSR aos serviços públicos do município, e a presença da terapeuta ocupacional nessas ações contribui na identificação de necessidades da PSR com TMG. Porém, a equipe socioassistencial, quando desacompanhada da terapeuta ocupacional, apresentava visível insegurança frente a casos que exigiam um olhar qualificado de Saúde Mental, especialmente em situações de crise. Essa sensação de desamparo ampliava-se com a frequente dificuldade das equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em priorizar as solicitações de apoio realizadas pela equipe socioassistencial. Foi relatada situação na qual profissionais do SAMU e da Guarda Municipal, presentes em uma emergência, recusaram-se a realizar intervenção sobre uma PSR que apresentava estado confuso e agressivo, até a chegada da equipe socioassistencial, considerada por eles responsável por aquele caso.

Foram também observados os trabalhos da chamada Operação Dignidade, da Secretaria de Segurança Pública do município, executada pela Guarda Municipal em noites próximas aos feriados e finais de semana, geralmente na temporada de verão. Após a abordagem inicial da PSR, a equipe emitia um atestado de antecedentes criminais e os levavam para o albergue. Uma empresa de limpeza urbana participava de maneira articulada dessa ação, higienizando o local com jatos de água tão logo as PSR eram removidas.

Essa abordagem da PSR, realizada pelo setor de segurança pública e desarticulada dos serviços socioassistenciais torna o envio para o albergue um ato indiscriminado, com consequências para a PSR e para a superlotação do serviço. Conforme relatado por uma das profissionais entrevistadas:

Existem os carrinheiros que saem pra fazer a reciclagem (...) e acabam que bebem (...), dormem numa marquise, e voltam pra casa no dia seguinte, de manhã. Quando tem a Operação Dignidade vai todo mundo pro albergue, entendeu? (T2).

Os trabalhadores ouvidos explicitaram críticas à Operação Dignidade, dado o seu caráter instrumental, retirando fisicamente as pessoas da rua sem levar em consideração os demais fatores envolvidos e os efeitos na vinculação dos mesmos com os trabalhadores do albergue. Outro ponto crítico apontado pelos profissionais são solicitações provenientes da comunidade demandando que a equipe do albergue retire a PSR de determinadas

regiões da cidade, normalmente próximas às residências ou locais de trabalho dos solicitantes.

Verificou-se que a localização do albergue é distante das regiões comerciais da cidade, onde a maior parte da PSR se concentra. O grupo entrevistado criticou a nova instalação do CREAS-POP, cujo endereço se deve à resistência da comunidade à implantação do serviço na região central:

A população se mobiliza porque não quer moradores de rua perto da minha casa sabe, perto do meu trabalho (T1).

Além de distantes do local onde efetivamente vive e transita a clientela, tanto o albergue como o CREAS-POP, estão instalados em região considerada violenta e desprovida de opções de lazer. As mulheres acompanhadas, usuárias do albergue, afirmaram que não costumam sair do albergue por conta do medo:

Tio, eu não gosto de vir sozinha (...) eu saio, mas eu fico com medo (Aline).

Os CAPS III e o CAPS AD não desenvolveram estratégias voltadas à população nas ruas, com exceção da presença da terapeuta ocupacional na abordagem social citada, levando a equipe socioassistencial a assumir responsabilidades que poderiam ser compartilhadas com o setor Saúde. Ao abandonar o tratamento no CAPS, a reinserção se faz por meio da Assistência Social, uma vez que o usuário pode voltar espontaneamente ou ser arbitrariamente reconduzido ao albergue. Como relata a técnica:

Ele volta pra assistência porque quando ele está na rua, a população de rua no nosso município é da assistência, entendeu? (T2).

O CAPS definido para assistência aos dependentes químicos (CAPS-AD) realizou visitas e encontros no albergue, porém de maneira descontínua, o que foi justificada com base na reduzida composição numérica da equipe desse serviço frente ao alto número de pessoas que necessitavam de cuidados dessa natureza. À relatada dificuldade em realizar colaboração do CAPS-AD nos casos de dependência química, apresentada pela PSR inserida no albergue, soma-se dificuldades intersubjetivas que a própria equipe socioassistencial apresenta no acolhimento aos dependentes químicos no albergue.

No pronto-socorro e hospital, quando as PSR são identificadas como tal, geralmente são encaminhadas para o albergue sem receber tratamento, com a justificativa de que deveria primeiramente passar pelo atendimento social (cadastramento, banho, etc), como condição para o atendimento nesses serviços. Para os trabalhadores entrevistados, o fato dessa clientela se apresentar suja e/ou alcoolizada justificaria o não acolhimento por hospitais e outros serviços de saúde, situações só mitigadas com a intervenção de profissionais de um dos dois setores envolvidos. Ainda no que concerne aos procedimentos entre serviços e entre setores para a PSR, verifica-se que o fluxo é garantido por meio de contatos pessoais:

Ah você conhece alguém, aí você liga lá 'tem como fazer um favor pra mim? (T2).

Na ausência da referida técnica do CAPS, houve dificuldades em compartilhar casos com outros profissionais do serviço, além dos problemas em conseguir atendimentos para a PSR. Foi apontada a necessidade de legitimar a atuação intersetorial e interserviços com fluxos estáveis:

Protocolo de atendimento (...) o CREAS faz com o albergue, faz com o CAPS, faz com o CREAS-POP, tem que ser pactuação entre os equipamentos, não só com as pessoas, apontou a técnica (T1).

Quando a técnica do CAPS entrou de férias, a equipe socioassistencial teve dificuldades no diálogo com esse serviço. Os trabalhadores ouvidos entendem que a rede é construída por pessoas e se as pessoas saem dos serviços a rede para de funcionar.

Verificou-se baixa compreensão dos usuários sobre a rede de serviços, sendo que as três usuárias entrevistadas não entendiam os propósitos do trabalho do CAPS, o que poderia explicar a pouca importância que demonstravam aos atendimentos ali propostos, situação que pode ser ampliada se consideradas as doze pessoas (num total de 73) com transtornos mentais inseridos no albergue há mais de três meses. Apenas Antônio relatou ter procurado espontaneamente o CAPS e a UBS. Os técnicos do albergue procuravam estimular a autonomia e/ou reinserção familiar, mas havia rejeições dos familiares e negação dos usuários a esses propósitos. E com isso, surgia a preocupação com a institucionalização, verbalizada pela técnica:

Até onde o albergue te beneficia e até aonde te prejudica, a partir do momento que você vive institucionalizado? (T2).

## DISCUSSÃO

Com base nos resultados, faremos a análise do material gerado a partir de três categorias centrais para a questão abordada: acesso, equidade e desfiliação.

### Acesso

#### *Dificuldade em identificar e acolher demandas de Saúde Mental*

As equipes de Assistência Social, nesse município, recebem suporte do serviço de Saúde Mental, aumentando a acessibilidade ao adequar a abordagem social às necessidades psicossociais da PSR. No entanto, deve-se ressaltar que esse suporte restringe-se a um profissional em um período do dia, por semana. Os demais serviços de saúde, como UBS e SAMU, frequentemente levantam questões de diversas ordens que impedem o efetivo atendimento da PSR pelos mesmos e praticamente excluem a possibilidade de atendimento em rede<sup>(17)</sup>.

Os serviços de Saúde Mental considerados operam de maneira fragmentada e com número de profissionais

abaixo do necessário, sobrecarregando o setor da Assistência Social. Os profissionais da Assistência Social – que tem como objeto de intervenção as necessidades demandas sociais, às quais se somam aquelas dos demais setores<sup>(9)</sup> – se veem forçados a realizarem acolhimentos indiscriminadamente e de maneira isolada, visto que acaba sendo a única alternativa possível para o atendimento da PSR, incluindo aquelas com TMG.

#### *Localização inadequada dos serviços socioassistenciais*

No relato dos trabalhadores e dos usuários, percebemos a rejeição da população em acolher os serviços para a PSR em determinados bairros da cidade, fato que impede a efetivação da acessibilidade ao produzir obstáculos ecológicos oriundos dessa reação<sup>(18)</sup>, o que resulta em iniquidade no uso dos serviços. Além disso, por se localizarem em regiões sem opções de lazer e suporte de segurança pública, induz-se a permanência das pessoas no interior do albergue, favorecendo sua institucionalização ao invés de incentivar a autonomia e inclusão social. Tanto a procura espontânea quanto a articulação com outros serviços poderiam ser facilitadas com a acessibilidade geográfica adequada à população usuária<sup>(17)</sup>, o que não ocorre no caso estudado.

#### *Restrita adaptação dos serviços de Saúde Mental às especificidades da clientela*

A itinerância da população, as dificuldades em manter vínculos e o uso de substâncias psicoativas como estratégia de sobrevivência nas ruas, dotam o perfil da PSR de especificidades<sup>(2)</sup> que, diante do modelo pouco adaptado dos serviços de saúde, redundam em frequentes abandonos do tratamento por parte da clientela.

Além da precária infraestrutura do CAPS-AD e CAPS III, sobretudo em relação à localização e ao número de profissionais disponíveis, foi identificada baixa acessibilidade oriunda dos obstáculos organizacionais<sup>(17)</sup>, como os critérios para ingresso no CAPS-AD ou na manutenção de estratégias inespecíficas e mal adaptadas às características da PSR. Via de regra, os serviços de saúde considerados, atuam segundo o modelo tradicional de atendimento por demanda espontânea, cabendo aos serviços socioassistenciais a busca ativa da clientela e sua garantia aos serviços públicos.

#### *Refratariedade das equipes de outros serviços à clientela PSR*

Segundo o relato dos trabalhadores entrevistados, as equipes de saúde atuam como se a PSR não tivesse outras necessidades além daquelas ligadas ao uso abusivo de álcool, o que origina diferentes entraves ao atendimento dessa população e reduz a acessibilidade dos mesmos às diversas modalidades assistenciais de que necessitam. Assim, uma série de obstáculos ecológicos (inadequação do transporte público, localização dos serviços, fluxo interserviços e intersetores não estabelecido) e organizacionais

(despreparo no trato às questões específicas da clientela) influenciam negativamente a acessibilidade na rede pública de saúde<sup>(17)</sup>. Como afirmado, esse conjunto de fatores levam a equipe socioassistencial a tornar-se única responsável em garantir o acesso dos usuários à assistência em Saúde Mental. Tal situação ilustra fortemente o baixo grau de colaboração entre os serviços assistenciais e de saúde e, conseqüentemente, do trabalho intersetorial, acentuando o processo de desfiliação<sup>(19)</sup> da PSR com TMG. Estas observações se alinham a estudo realizado na cidade de Toronto, Canadá, apontando maior percepção de discriminação contra a PSR com transtornos mentais graves e/ou uso de drogas em serviços de saúde<sup>(20)</sup>.

#### *Indefinição do fluxo de acolhimento para pessoas em situação de rua com TMG*

Não há fluxos formalmente estabelecidos para o atendimento à PSR com TMG na rede aqui abordada, o que dificulta a acessibilidade, como vem se demonstrando. Além disso, a desarticulação entre serviços e setores dificulta a compreensão, pelos usuários, sobre as atribuições de cada equipe e sobre o que requerer das delas em relação aos seus problemas sociais e de saúde – o que pode reduzir sua capacidade de utilização dos serviços<sup>(17)</sup>. Fato semelhante foi apontado por estudo realizado com PSR em Amsterdam, no qual metade das pessoas entrevistadas que relataram ter problemas de saúde não sabiam como esses serviços poderiam ajudá-los, ou ainda, que não sabiam onde procurar por ajuda<sup>(21)</sup>. Se por um lado a PSR não procura com frequência os serviços de Saúde Mental, por outro a rede não efetua ações que torne a clientela mais esclarecida sobre os seus direitos. A inexistência de um protocolo de atendimento é, portanto, motivo de confusão e personalização das relações no âmbito das próprias equipes envolvidas.

#### **Equidade**

##### *Baixa institucionalidade do fluxo de pacientes entre os serviços*

A intersetorialidade é um consenso no discurso dos entrevistados, mas há divergências em sua operacionalização. A efetivação da colaboração entre setores depende da existência de fluxos que considerem pessoas e seus vínculos, mas que não se restrinja a isso, de modo a garantir um funcionamento organizacional constante e eficaz. Tradicionalmente, as redes das políticas públicas no Brasil supervalorizam os contatos pessoais em detrimento de articulações institucionais<sup>(22)</sup>, fato que fragiliza a sustentabilidade de trabalhos intersetores da rede pública. Conforme pudemos constatar, a ausência de fluxos e colaborações normatizados na atenção à PSR com TMG e resistências dos serviços ao atendimento dessa clientela parece impor como alternativa o estabelecimento de relações interpessoais de modo a viabilizar fluxo mínimo entre os setores<sup>(23)</sup>. Essa personalização das relações, embora útil para a efetivação de algumas ações, apontam baixo grau de institucionalidade voltada a garantir equidade a uma clientela especialmente vulnerável.

#### *Insuficiência de recursos humanos*

Além da falta de fluxos estabelecidos, verificamos a falta de pessoas para executar o trabalho intersetorial. A intersetorialidade se materializa por meio de sujeitos concretos que conduzem as práticas<sup>(23)</sup>. A inserção de apenas uma profissional de Saúde Mental no trabalho conjunto com a Assistência Social, uma vez por semana, é emblemática da dificuldade em transpor para a prática os princípios de colaboração entre setores, ocasionando prejuízos importantes à noção de equidade<sup>(18)</sup> e impossibilitando investimentos no trabalho intersetorial.

#### *Antagonismos entre os paradigmas dos setores envolvidos*

No contato entre as equipes da Assistência Social e da Segurança Pública, evidenciam-se divergências entre as estratégias desses setores no trabalho com a PSR – o primeiro busca efetivar acolhimento e garantir direitos, o segundo atua na chamada garantia da ordem pública, retirando a PSR de locais públicos de maneira deliberada e desarticulada dos setores de Saúde e Assistência Social.

Tal situação parece espelhar, no plano local, a discussão sobre as conseqüências de um Estado que minimiza o destino de recursos e intervenções sobre as questões sociais aumentando, em contrapartida, as intervenções penais como meio de manutenção do sistema econômico, reprimindo a parcela da população improdutiva para a garantia de segurança da propriedade e seus detentores<sup>(24)</sup>. O setor da Assistência Social, no caso estudado, procura estabelecer políticas socioassistenciais dentro de um paradigma hegemônico disciplinar, retratado pela exacerbação das ações da Segurança Pública aqui relatadas.

Nesse sentido, a recriação do objeto a ser abordado por iniciativas intersetoriais – já que os diferentes pontos de vista deverão gerar novos modos de perceber e operar sobre o problema, considerado por Andrade<sup>(10)</sup> – parece ser algo a ser ainda alcançado, visto que os três setores considerados, Assistência, Saúde e Segurança não conseguiram ainda articular suas perspectivas de modo a constituir um novo e mesmo objeto de intervenção.

#### **Desfiliação**

##### *O albergue como meio de inserção na zona de assistência*

Quando o albergue atua como abrigo<sup>(5)</sup>, oferecendo estadia por um período prolongado, estimula uma rotina diária e a geração de relativos sentimentos de segurança. Colocando a PSR na zona de assistência<sup>(19)</sup> oferece maior possibilidade de inserção social, no entanto, deve-se evitar situações que desestimulem a autonomia ou se oponha de maneira contundente ao nomadismo que pode ser caro à PSR<sup>(2)</sup>. Uma postura idealizada e normativa sobre o caminho adequado para a PSR deve ser confrontada com aquela que considere as especificidades de cada indivíduo. Para algumas PSR, manter-se nessa situação, usando eventualmente o albergue e ter acesso a serviços de saúde, pode configurar um avanço à sua qualidade de vida, como no caso de Aline que, após

descoberta sua gravidez, foi convencida a fazer uso mais sistemático tanto do albergue quanto da UBS, dentro de suas possibilidades e projetos. Ou seja, o caminho da desfiliação para a zona de assistência deve ser construído de maneira cuidadosa, de modo a não negar opções e projetos que constituem a vida de cada PSR em particular. Ações semelhantes foram verificadas em dois programas nos Estados Unidos, os quais oferecem atendimento coordenado e assistido de residência e tratamento em Saúde Mental, aumentando o uso de serviços de saúde<sup>(25)</sup>.

Para a clientela em questão, além do abrigo, seria necessário o desenvolvimento simultâneo de estratégias de reabilitação psicossocial<sup>(26)</sup>, cujo arcabouço teórico e prático permite ampliar possibilidades no cotidiano da vida das pessoas com TMG pelo estímulo à aquisição de habilidades e ampliação da sociabilidade. Para Antônio, o processo de reabilitação psicossocial permitiu a aquisição de benefício financeiro governamental mensal, restabelecendo sua autonomia e propiciando condições de morar sozinho.

#### *Vinculação via equipe técnica*

As equipes dos serviços socioassistenciais atuam de maneira semelhante ao modelo de equipe de referência utilizado pela Saúde Mental. Constatou-se o trabalho interdisciplinar e a vinculação<sup>(27)</sup>, bem como o investimento dos trabalhadores na inclusão de um grupo social que sofre com o estigma da loucura<sup>(28)</sup>. Assim, os técnicos proporcionam a *construção de espaços de sociabilidade diferentes daquele em que vive sua clientela, para lhe tornar suportável um cotidiano que, sobretudo, é desesperador*<sup>(19)</sup>.

A aproximação da equipe socioassistencial às PSR nos primeiros contatos na rua, na convivência do albergue e nos acompanhamentos a outros serviços estimula a construção desses vínculos positivos. No entanto, as relações entre os albergados em si eram frágeis e na maior parte dos casos inexistentes. A rotatividade de pessoas, as situações de violência e o preconceito entre pessoas vivendo a mesma condição foram identificadas como barreiras à construção de relacionamentos entre os mesmos. Desse modo, percebe-se que a vinculação a outros serviços, a outras pessoas e à sociedade mais geral é feita, sobretudo, pela intermediação da equipe técnica, o que pode levar à dependência e à degradação da assistência em assistencialismo.

## REFERÊNCIAS

1. Rosa CMM. Vidas de rua. São Paulo: Hucitec; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília; 2012.
3. Brasil. Governo Federal. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília; 2008.
4. Mattos RM. Situação de rua e modernidade: a saída das ruas como processo de criação de novas formas de vida na atualidade [dissertação]. São Paulo: Universidade São Marcos; 2006.

## CONCLUSÃO

Identificamos fragilidades na rede pública do município estudado, no que concerne à composição dos serviços e articulações intersetoriais para o acolhimento da PSR com TMG. As equipes socioassistenciais ampliam significativamente o acesso dessa população aos serviços de saúde. As exigências para o atendimento à PSR feitas por alguns serviços, como a existência de endereço fixo ou a apresentação em perfeitas condições de higiene são incompatíveis com essa clientela e só evidenciam a necessidade da busca de mais explicações sobre as questões que determinam a resistência apresentada pelos profissionais que atuam nos referidos serviços.

A equidade no que concerne à PSR encontra-se comprometida por razões estruturais, como espelha o baixo número de trabalhadores da assistência, mas, sobretudo, da área da saúde, para a realização de trabalhos intra e intersetorial. No que concerne ao processo de trabalho, é relevante a baixa adaptação dos CAPS às especificidades da PSR, mantendo-se fixo em modelo calcado em demandas espontâneas, ampliando a situação de iniquidade da clientela considerada.

Verificou-se que o acolhimento em albergue possibilita a proteção da clientela em relação à desfiliação, garantindo a inserção social através do contato com a rede de serviços públicos, com os profissionais das equipes e com outros internos e usuários dos serviços considerados. Por outro lado, a constância dos fatores que dificultam o acesso das PSR aos serviços de Saúde Mental, em particular, contribui para a exclusão social e para o risco de desfiliação social.

Há premente necessidade de se fortalecer as equipes de Saúde Mental e de Assistência Social por meio da educação permanente e do aumento do quadro de recursos humanos, concomitantes à ampliação da compreensão, por parte dos integrantes dessas mesmas equipes, das especificidades e direitos das PSR. O conjunto de iniciativas – educação permanente, ampliação de recursos humanos e compreensão dos direitos da clientela composta de PSR – apontam a necessidade de elaboração de um modelo tecnoassistencial que traduza para a prática intersetorial os princípios presentes na Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua, proposto em 2008. Tal iniciativa inclui as equipes e serviços aqui considerados, mas as extrapolam, exigindo esforços e convergências de gestores dos dois setores considerados nos níveis municipal, estadual e federal.

5. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Conselho Nacional da Assistência Social. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial da União (Brasília). 2009;(225):1-43.
6. Brasil. 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 [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2013 dez. 12]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)
7. Heckert U, Silva JMF. Psicoses esquizofrênicas entre a população de rua. *Rev Psiq Clín.* 2002;29(1):14-9.
8. Rodriguez A, Bravo MF. Marco general y conceptualización. In: Aguilar CG. *Rehabilitación psicossocial y tratamiento integral del transtorno mental severo.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatria; 2003.
9. Monnerati GL, Souza RG. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Rev. Katálysis.* 2011;14(1):41-49.
10. Andrade LOM. A saúde e o dilema da intersectorialidade. São Paulo: Hucitec; 2006.
11. Scheffer G, Silva LG. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serv Soc Soc* [Internet]. 2014 [citado 2013 out. 4];(118):366-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n118/a08n118.pdf>
12. Furtado JP, Nakamura E, Generoso CM, Guerra AMC, Campos FB, Tugny A. Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2010 [citado out. 4];14(33):389-400. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a12v14n33.pdf>
13. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos.* 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
14. Gray DE. *Pesquisa no mundo real.* 2ª ed. Porto Alegre: Penso; 2012.
15. Michelat G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em Sociologia. In: Thiollent MJM. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária.* 3ª ed. São Paulo: Polis; 1982. p. 191-211.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2011.
17. Frenk J. Concept and measurement of accessibility. *Salud Pública Méx.* 1985;27(5):438-53.
18. Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(2):s217-26.
19. Castel R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.* 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
20. Skosireva A, O'Campo P, Zerger S, Chambers C, Gapka S, Stergiopoulos V. Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:376.
21. van Laere IR, Wit MA, Klazinga NS. Pathways into homelessness: recently homeless adults problems and service use before and after becoming homeless in Amsterdam. *BMC Public Health* 2009;9:3.
22. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15 Supl 3:3569-78.
23. Junqueira LAP. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Pública.* 2000;34(6):35-45.
24. Wacquant L. *Punir os pobres.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Revan; 2003.
25. Fitzpatrick-Lewis D, Ganann R, Krisnaratne S, Ciliska D, Kouyoumdjian F, Hwang SW. Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:638.
26. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011.
27. Furtado J, Miranda L. O dispositivo "técnicos de referência" nos equipamentos substitutivos em Saúde Mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2006;9(3):508-24.
28. Antonacci MH, Kantorski LP, Willrich JQ, Argiles CTL, Coimbra VCC, Bielemann VLM. The structure and flow of the health care network as an instrument of change in psychosocial assistance services. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [citado 2014 Apr 10];47(4):891-8. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en\\_0080-6234-reeusp-47-4-0891.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0891.pdf)

### Agradecimento

Agradecemos a Vitor da Costa Borysow pelo design do modelo lógico.