

ARTIGO

Articulação intersetorial entre a Atenção Psicossocial e o Sistema Único de Assistência Social: o cuidado ofertado à população em situação de rua em Franco da Rocha/SP

Intersectoral articulation between Psychosocial Care and the Unified Social Assistance System: the care offered to the homeless population in Franco da Rocha/SP

Isabela Dias Mendonça de Araújo¹, Lígia Rivero Pupo^{II}

Resumo

A População em Situação de Rua (PSR) é uma população heterogênea e crescente no Brasil, excluída de direitos sociais, tais como saúde, educação, trabalho, moradia, lazer e segurança. Diversos estudos revelam a alta prevalência de sofrimento mental entre a PSR e a relevância de políticas e ações integradas para o cuidado. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) são sistemas essenciais na atenção integral à saúde mental dessa população. Objetivo: identificar as estratégias de articulação intersetorial entre RAPS e SUAS utilizadas em Franco da Rocha para o cuidado psicossocial da PSR nos anos de 2020 e 2021. Metodologia: estudo de caso, com entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais das duas redes, tanto da atenção básica como da atenção especializada. Conclusão: Percebeu-se que a atenção básica desempenha papel secundário na atenção à saúde desta população e o único equipamento da RAPS envolvido em cuidado em saúde mental é o CAPS ad; não há planejamento intersetorial de linhas de cuidado; não existe rastreamento de problemas psicossociais e de sofrimento mental junto à PSR nas duas redes; não há busca ativa deste grupo por outros serviços além do Centro Pop; as relações entre os profissionais das duas redes acontecem em nível pessoal, não institucional.

Palavras-chave: Pessoas em situação de Rua, Saúde Mental, Colaboração intersetorial.

Abstract

The Homeless Population (HP) is a heterogeneous and growing group in Brazil, excluded from social rights, such as health, education, work, housing, leisure and security. Several studies reveal the high prevalence of mental suffering among HP and the relevance of policies and integrated actions for care. RAPS and SUAS are essential systems in comprehensive mental health care for this population. Objective: to identify the intersectoral articulation strategies between RAPS and SUAS used by Franco da Rocha, for the psychosocial care of HP in the years 2020 and 2021. Methodology: case study, with semi-structured interviews with managers and professionals from both networks, both from primary and specialized care. Conclusion: It was noticed that primary care plays a secondary role in the health care of this population and the only RAPS equipment involved in mental health care is the CAPS ad; there is no intersectoral planning of lines of care; there is no tracking of psychosocial problems and mental suffering with HP in both networks; there is no active search by this group for services other than Centro Pop; the relationships between the professionals of the two networks happen at a personal, not institutional level

Keywords: Homeless people, Mental Health, Intersectoral collaboration.

¹ Isabela Dias Mendonça del Araújo. (isabeladiasm.araujo@gmail.com), psicóloga pela Universidade Presbiteriana Mackenzie, especialista em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde.

^{II} Lígia Rivero Pupo, psicóloga (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo), bacharel em filosofia (FFLCH – USP), mestre em Medicina Preventiva pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina (USP) e Pesquisadora Científica V do Instituto de Saúde (IS/SES-SP).



Introdução

A Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída por meio do Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009¹, que representou a primeira iniciativa nacional de reconhecimento dos direitos desse grupo, definiu essa população como:

“um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.”

Apesar da contagem oficial dessa população não ser realizada com frequência, um estudo de estimativa empreendido em 2020 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) revelou um crescimento de 140% da População em Situação de Rua (PSR), desde setembro de 2012 a março de 2020, contabilizando um total de 221.869 pessoas, sendo que a maior parte (81,5%), está localizada em municípios com mais de 100 mil habitantes, principalmente na região Sudeste (56,2%)². Essa população é caracterizada por grande vulnerabilidade social, complicações de saúde, uso abusivo de álcool e psicoativos e situações de sofrimento psíquico moderado a grave.³

As más condições de vida nas ruas, que englobam má alimentação, fragilidade dos vínculos sociais, desconforto físico, baixa qualidade de sono, precárias condições de higiene, insegurança, violências, discriminações, falta de privacidade e outras situações estressoras, colaboram para o desenvolvimento e agravamento do sofrimento mental, que podem inclusive contribuir para que a pessoa permaneça na rua.⁴

Diversos estudos revelam a alta prevalência de sofrimento mental entre a PSR, desde depressão e psicose ao uso abusivo de drogas e álcool, sendo vários desses sintomas prévios à ida às ruas, mas com piora

significativa depois de alguns meses nessa situação. Também revelam a passagem de diversas pessoas por situações de internação em instituições, incluindo hospitais psiquiátricos^{5,6}. Quanto mais grave o estado psíquico, mais à margem do acesso a recursos socioassistenciais.

A Política Nacional para População em Situação de Rua estabelece responsabilidades e competências para as diversas esferas públicas e a necessidade de uma atuação intersetorial.⁷ A Política Nacional da Assistência Social (PNAS)⁸, decretada em 2004, definiu sua responsabilidade com esse grupo social na resolução de necessidades associadas à extrema pobreza, acesso a serviços assistenciais, ajuda na reconstrução de vínculos sociais, construção de projetos de vida e inserção em serviços de acolhimento.⁸

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), implantado em 2005, concretizou a PNAS, oferecendo atendimento em uma rede de serviços socioassistenciais nos níveis de proteção social básica e especial, podendo a última ser de média ou alta complexidade. A Proteção Social Especial, voltada para aqueles que estão em risco pessoal e social, tem como principais unidades o Centro POP, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), os serviços de acolhimento (albergues e outras unidades institucionais de passagem) e as equipes de abordagem de rua⁹. É esperado que o Centro POP seja a porta de entrada para a PSR, mas trabalhe em rede e intersetorialmente.

Em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde é reconhecida como um “direito de todo cidadão brasileiro” pela Constituição Federal em 1988. Seu acesso passou a ser universalizado pelo Estado, contemplando o princípio da integralidade da atenção (primária, especializada e de urgência-emergência) e o princípio da equidade, que visa garantir o acesso levando em consideração desigualdades e disparidades sociais, econômicas, especificidades de gênero, raça, orientação sexual e geracional. Pensando no cuidado da PSR, a estratégia de Consultório na Rua instituída por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011¹⁰, tem como objetivo lidar com os diferentes problemas e necessidades de saúde dessa população, ampliando o acesso e a qualidade do cuidado.

No que diz respeito à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a garantia de acolhimento e tratamento às pessoas em sofrimento mental grave é objeto da rede de serviços descentralizados e territorializados, tais como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que devem oferecer acompanhamento clínico e a reinserção social ao usuário. Estes serviços, em suas diferentes modalidades, também propõem garantir o acesso a todos os brasileiros com transtornos mentais moderados a graves sem distinção³. De acordo com o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua, produzido pelo Ministério da Saúde em 2012¹¹, a estratégia de Redução de Danos deve ser elemento constitutivo do cuidado ofertado para a PSR.

Entretanto, para garantir os direitos sociais e de saúde da PSR, bem como a assistência de qualidade à complexa gama de necessidades dessa população, a articulação intersetorial entre os sistemas de saúde e assistência social se faz imprescindível e obrigatória. É necessário atuar conjuntamente e em parceria sob as determinações sociais do processo saúde-doença buscando a melhoria das condições concretas de vida dessas pessoas. Somente a corresponsabilização, o trabalho em rede e o compartilhamento intencional de saberes, informações e recursos podem desenvolver um trabalho mais efetivo, sem duplicidade, visando a integralidade da atenção.¹²

A despeito disso, ainda são muitos os desafios para uma atuação intersetorial e integral entre RAPS e sistema SUAS, especialmente em relação às demandas de saúde mental e aos cuidados psicossociais. A população em situação de rua, que vive vários tipos de estresse, demora a buscar ajuda e raramente procura espontaneamente os serviços de saúde, buscando com maior frequência os serviços da assistência social, com muitas comorbidades e em estágios mais avançados de doenças. Assim, esses serviços deveriam funcionar como porta de entrada desse grupo para acesso às diversas políticas públicas existentes. Porém, os serviços socioassistenciais precisam das equipes de saúde para fechar um diagnóstico e planejar um cuidado continuado. Apenas intersetorialmente é possível

criar uma linha de cuidado conjunta para questões psicossociais e de saúde mental.^{6,13}

Os profissionais precisam lidar com falta de documentos de identificação, dificuldades para manejar e controlar as medicações, baixas condições de higiene, fragilidade nos vínculos sociais e familiares, comorbidades variadas, baixa adesão aos protocolos, ausência de endereço e falta de vinculação prévia com os serviços da rede SUAS. Faz-se necessária uma mudança na forma de organização das ações oferecidas a esse grupo, desde maior flexibilidade nas exigências, no atendimento à demanda espontânea, no formato do cuidado ofertado, até uma maior composição e articulação com a rede socioassistencial.¹⁴

O contexto de pandemia de covid-19 que se instalou em escala global no ano de 2020 deixou ainda mais à deriva essa população, que é historicamente negligenciada, agravando sua exposição a situações de sofrimento, estresse e insegurança e, conseqüentemente, aumentando sua vulnerabilidade psicossocial. Em decorrência desse contexto de precariedade social e sanitária, o perfil da população em situação de rua mudou, sendo composto atualmente também por indivíduos/famílias que não conseguiram pagar o aluguel e as demais despesas.¹⁵

Diante desse contexto, o presente artigo teve como objetivo analisar as estratégias de rede e de articulação intersetorial utilizadas pelos serviços da RAPS e SUAS no município de Franco da Rocha (SP), para o cuidado psicossocial de pessoas em situação de rua durante o ano de 2020 e o primeiro semestre de 2021, período relevante para a pandemia de covid-19. Buscou-se analisar prioridades, fluxos de atendimento e lógica de cuidado propostos pela RAPS e pelo SUAS para atendimento desse grupo social naquele período, e as características da articulação entre essas redes para o cuidado e o atendimento das necessidades psicossociais desse grupo.

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo fundamentado na abordagem qualitativa de pesquisa, mais precisamente

no estudo de caso, que busca compreender de forma mais ampliada um fenômeno/situação/epidemia específico a partir de diferentes pontos de vista^{16,17}. O fenômeno/situação social investigado foram as estratégias de rede e de articulação intersectorial utilizadas pelos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) do município de Franco da Rocha (SP) para o cuidado psicossocial da PSR nos anos de 2020 e 2021, período da pandemia de covid-19. O procedimento utilizado para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada com gerentes de unidades e gestores da RAPS e da rede SUAS. Foram entrevistadas três categorias de profissionais: gestores de cada uma das redes no município, gerentes de equipamentos da atenção primária e proteção social básica de cada rede e gerentes de equipamentos da atenção especializada e proteção social média de cada uma das redes.

Os profissionais entrevistados foram: um responsável pela gestão da rede RAPS e dois responsáveis pela gestão da rede SUAS; dois gerentes de Estratégias de Saúde da Família (ESF); dois coordenadores do Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF); dois gerentes de CRAS; um gerente do CAPS adulto; um gerente do CAPSad; um coordenador do Núcleo de Violência do município; um gerente de CREAS; um gerente do Centro POP, totalizando quatorze entrevistados. Devido ao contexto de pandemia de covid-19 as entrevistas foram realizadas de maneira remota, por meio de vídeo chamada. Para análise dos dados coletados, as entrevistas foram transcritas, ordenadas entre RAPS e SUAS, subdividindo cada rede específica em seus níveis de atenção. Posteriormente, os dados foram sistematizados e subdivididos em duas grandes categorias: organização das redes de atenção para atendimento à PSR e articulação intersectorial no atendimento à PSR. A pesquisa foi iniciada somente após submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), e a cada entrevista foi lido e assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados/discussão

Organização das redes de atenção (RAPS E SUAS) para atendimento psicossocial à PSR

Organização da RAPS e a PSR

No que diz respeito à identificação de demandas de saúde mental da PSR, foi possível aferir que a atenção básica ocupa um papel secundário ou quase inexistente no rastreamento e reconhecimento de necessidades e no cuidado desta população no município estudado. Não existe busca ativa de quaisquer problemas de saúde da PSR, incluindo demandas de saúde mental, e a rede básica atende quando existe encaminhamento, pois afirma que os profissionais da unidade “não têm condições de ir para a rua”. Os entrevistados relataram que a quantidade de PSR do município foi considerada insuficiente para a implementação de equipes de consultório de rua na RAPS. O trabalho de rastreamento de possíveis demandas da população do território de abrangência de cada serviço realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não contempla a PSR.

Vale destacar que a PNAB aprovada em 2011 enfatiza que a “responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a atenção básica”¹⁰. Para além da coordenação do cuidado, o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua enfatiza a importância que a atenção básica tem no “fortalecimento do cuidado e na criação de vínculo da PSR com a rede de atenção à saúde, possibilitando sua inserção efetiva no SUS”¹¹. As equipes da rede básica de saúde deveriam atuar de forma mais deliberada na busca ativa de necessidades de saúde dessa população, incluindo saúde mental, e na produção conjunta de seu cuidado com outros pontos de atenção, mesmo com a inexistência de Consultório de Rua.

Não existe um olhar, uma consciência e clareza das necessidades de saúde e problemas da PSR, nem uma linha de cuidado desde a atenção primária à atenção especializada, para que demandas psicossociais

e de saúde mental possam ser abordadas antes de chegar no nível emergencial. O rastreamento de demandas relacionadas ao sofrimento mental dessa população fica sob responsabilidade de equipamentos da assistência social, sendo a saúde acionada apenas em casos extremos ou quando a crise já se instalou.

Em relação à atenção especializada da RAPS, observou-se que o CAPSad é o único equipamento que ocupa papel relevante no cuidado em saúde mental e atenção psicossocial desse grupo, enquanto os outros CAPS (infanto-juvenil e adulto) estão mais distantes do cuidado a essa população. Entretanto, foi constatado que existem outras demandas de sofrimento mental da PSR que não competem ao CAPSad, tais como esquizofrenia e outras psicoses, transtorno bipolar, depressão, transtorno borderline, déficit cognitivo etc, mas, ainda assim, esses outros equipamentos de atenção especializada são menos acessados por essa população e participam menos de ações conjuntas com a rede SUAS.

Parece existir uma falta de foco para as demandas de sofrimento mental que não sejam álcool e drogas, o que pode revelar um baixo conhecimento sobre os problemas emocionais e necessidades psicossociais específicas desse grupo populacional por parte dos equipamentos da RAPS, para além daqueles relacionados ao consumo de substâncias. Segundo o CAPSij não há crianças e adolescentes em situação de rua no município, informação que foi confirmada pelos profissionais da gestão do SUAS. Entretanto, é preciso identificar necessidades e estabelecer estratégias de monitoramento dessa situação, uma vez que é dinâmica e variável, principalmente levando-se em consideração o cenário de insegurança e instabilidade social que assola o Brasil, o que aponta para a necessidade de se estabelecer abordagens conjuntas de cuidado, caso esse cenário mude.

Com respeito às demandas relacionadas à violência, o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua indica que residir na rua é um fator que por si só aumenta a suscetibilidade a situações de violência, tornando-se mais agravado quando se trata de mulheres. O município possui um

Núcleo de Violência associado à Secretaria Municipal de Saúde, porém, a PSR não acessa este serviço e nem a gestão municipal da área de saúde vê esta população como alvo das ações deste núcleo. Seria preciso criar uma linha de cuidado ou um fluxo intersecretarial para tal identificação e atendimento. A ideia de que a violência vivida na rua “é de outro tipo” (mesmo que seja física, de gênero ou sexual), que talvez seja mais complexa do que outros contextos de violência, que possa envolver drogas ou a polícia, pode indicar um pouco da visão marginalizada que profissionais ou gestores têm dessa população.

Organização da rede SUAS e a PSR

Em relação ao SUAS, as informações referentes ao atendimento da PSR nos equipamentos de proteção social básica (CRAS) revelaram que os dois serviços entrevistados não fazem monitoramento no território daquela população, mesmo sendo uma de suas atribuições identificar situações de vulnerabilidade já instaladas. As demandas espontâneas, por sua vez, são referenciadas apenas ao Centro Pop. A PSR se concentra no centro da cidade, enquanto os equipamentos se localizam nos bairros, o que implica afastamento das equipes daquela população e na dificuldade de exercer sua atribuição de rastrear e mapear tais sujeitos e sua situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os dois entrevistados notaram o aumento da população em situação de rua no município durante e após a pandemia, porém seguindo as orientações da Resolução nº109⁹, a oferta de atendimento para a PSR é responsabilidade da Proteção Social Especial de média e alta complexidade, por meio do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua e do Serviço Especializado em Abordagem Social e Serviços de Acolhimento. Assim, tem sido competência do Centro Pop ofertar o serviço especializado para PSR. Foi constatado que a demanda espontânea é a principal forma de os usuários chegarem ao Centro Pop e, a partir daí, são feitos encaminhamentos para outros serviços, portanto o Centro Pop é a principal porta de entrada da PSR ao SUAS e SUS no município.

O CREAS, por sua vez, que atende situações de violência e pessoas que tiveram seus direitos violados ou que se encontram em situação de risco pessoal e social, não integra a linha de cuidado da PSR, fazendo acompanhamento apenas de casos que já saíram da rua. Isso demonstra certa lacuna no acesso e no cuidado relacionado a situações de violência vividas pela PSR, além de uma falha na integralidade da atenção e no trabalho em rede mesmo dentro da rede SUAS, pois indica uma terceirização de atribuições do CREAS para o Centro POP, e conseqüentemente, uma ausência de um plano de cuidado destinado a apaziguar o sofrimento mental decorrente de situações de violência que essa população vive.

Em relação à saúde mental, a gestão do SUAS identificou como principal demanda a questão do uso de álcool e outras drogas, num perfil populacional predominantemente masculino. O Centro Pop e, às vezes, o CREAS tem sido porta de entrada para essa população e para essa demanda, pois ficam no centro da cidade, local em que a PSR se encontra e já são conhecidos desse grupo social. Em relação a outras demandas de saúde mental, não relacionadas a álcool e outras drogas, podemos perceber que tanto na RAPS como no SUAS há uma lacuna na identificação, acolhimento e cuidado a essa população.

Articulação intersetorial entre RAPS e SUAS no atendimento à PSR

Entre os profissionais da RAPS, da atenção básica à gestão, as opiniões sobre a articulação intersetorial apresentaram contradições e diferenças de visão. Alguns profissionais consideraram a existência de uma postura de transferência de responsabilidade da assistência social para a saúde, e pouca discussão sobre o papel de cada ponto de atenção em relação à PSR. Para outros entrevistados, a articulação intersetorial tem melhorado e se fortalecido com o tempo e casos mais complexos já têm sido trabalhados de forma mais conjunta, mesmo que essa relação entre as redes esteja ainda em processo de construção e aprimoramento. Em relação aos profissionais do SUAS, a visão sobre a articulação

intersetorial se mostrou mais positiva, mesmo esbarrando em algumas barreiras de recursos humanos e materiais por parte de equipamentos do SUS.

No geral, existe uma visão positiva da articulação entre a RAPS e o SUAS, com a possibilidade de discussão de casos, com alguns fluxos de referência e contrarreferência funcionando de alguma maneira. Porém, no que se refere a um planejamento de ações conjuntas em nível de gestão e fluxos pré-estabelecidos, os dados levantados mostraram que a troca entre os setores acontece apenas quando surgem as demandas do usuário, não havendo um contato frequente e contínuo entre os profissionais para discussão de ações sobre promoção e prevenção de agravos, seja de saúde ou relacionados à proteção social. Assim, a articulação intersetorial no cuidado em saúde mental da PSR depende das relações pessoais entre os profissionais.

Sobre o acompanhamento de casos da PSR e o processo de referência e contrarreferência, foi notado que o fluxo de encaminhamentos acontece, porém, o profissional que inicialmente atendeu o sujeito não se mantém informado sobre o caso. O desconhecimento dos profissionais sobre as especificidades e potencialidades dos pontos de atenção das duas redes que compõem a linha de cuidado da RAPS e do SUAS, foi apontado com uma outra dificuldade nessa articulação. Importante ressaltar que os gerentes de unidades básicas e do CAPS adulto entrevistados, assim como os profissionais do NASF, revelaram não fazer esse cuidado em saúde mental com a PSR, alegando que isso é responsabilidade apenas do Centro Pop e do CAPSad.

Os dados indicam grande dificuldade da atenção básica em acessar a PSR no município e a carência de ações voltadas especialmente para o cuidado em saúde mental, com exceção do uso de álcool e drogas. Por isso, seria de grande proveito a realização de ações de capacitação das equipes da atenção primária para o cuidado junto a essa população. Existe burocratização do processo de acolhimento dessa população, que se caracteriza como uma barreira de acesso, pois muitos não têm documento e não podem esperar para fazer um RG para passar em consulta, pois suas demandas são urgentes e a desistência do cuidado é frequente.

Além do conhecimento profundo das necessidades de saúde da PSR por parte de ambas as redes de atenção, incluindo demandas de saúde mental, a criação de processos e fluxos de comunicação permanentes entre as duas redes, e o adequado conhecimento, por parte de gestores e profissionais dos pontos de atenção de cada rede e de seus recursos, são elementos fundamentais para que as demandas da PSR sejam atendidas adequadamente, por meio de linhas de cuidado bem pactuadas entre esses serviços, nos quais cada componente tem seu papel e função estabelecidos.

A dinâmica de encaminhamento deveria dar lugar a linhas de cuidado para cada problema mais prevalente de saúde mental dessa população, de forma que os serviços das duas redes, tenham ciência dos fluxos, dos procedimentos e do processo de cuidado de cada PSR, e todos se responsabilizem por esse indivíduo. O cuidado da PSR deve sempre ser um trabalho ativo e conjunto, que proporcione a troca de informações e corresponsabilização pelo usuário, para que este não fique sem acompanhamento e encontre solução para sua demanda¹². Por isso a importância de se garantir espaços de conversa e discussão entre os serviços e entre os sistemas de atenção.

Esses espaços de interlocução entre RAPS e SUAS ainda são muito informais no município em questão, e dependem de cada situação e de cada profissional. Além disso, geralmente não envolvem atendimento conjunto, e sim encaminhamentos, que geralmente não estão anteriormente pactuados por uma linha de cuidado específica. Não existe um trabalho intersetorial de promoção e prevenção de problemas de saúde mental para que essa população não acesse apenas os equipamentos de urgência e emergência, mas também disponha de ferramentas para cuidar antecipadamente de suas dificuldades. Não é obrigação de apenas um serviço, tanto da RAPS quanto da rede SUAS, ofertar o cuidado dessa população. Portanto, o Centro Pop pode exercer este papel de coordenador do cuidado para essa população, mas não deve estar isolado dos demais serviços, visto que a demanda da PSR é complexa e pode abarcar outras áreas.

Considerações finais

A população em situação de rua é um grupo social historicamente invisibilizado e negligenciado pelo poder público e seus órgãos assistenciais. No contexto de pandemia de covid-19, o número de pessoas em situação de rua aumentou de forma exorbitante, deixando essa população ainda mais à margem da sociedade, sem acesso aos direitos humanos fundamentais que estão previstos na Constituição Federal. No município estudado, o aumento dessa população revela a necessidade do planejamento de políticas públicas mais abrangentes e intersetoriais, a fim de mitigar esta situação e oferecer um cuidado integral para estes sujeitos. Os dados coletados mostraram como as questões de saúde desses indivíduos são atendidas, principalmente nos serviços de urgência e emergência, evidenciando a negligência e falta de planejamento da atenção básica para com essa população. Evidencia-se a importância de estabelecer linhas de cuidado para problemas leves, moderados e graves de sofrimento mental para esse grupo social.

Em relação à saúde mental da PSR, percebeu-se que o problema psicossocial mais visível para os profissionais é o uso e abuso de álcool e outras drogas, reforçando o estereótipo que historicamente recai sobre essa população. Outras demandas de saúde mental não são atendidas pelos serviços, muito menos são realizadas ações de rastreamento e acompanhamento de situações de sofrimento mental e demandas psicossociais. Questões como violência e casos de covid-19 também se mostraram sem rastreamento e, portanto, sem execução de ações preventivas, demonstrando, mais uma vez, que essa população é atendida somente quando o problema já se instalou e atingiu uma situação de urgência.

As ações intersetoriais se mostraram quase inexistentes, acontecendo apenas sob demanda específica. A falta de planejamento de linhas de cuidado intersetoriais revela uma falta de conhecimento das reais demandas dessa população e pouco planejamento conjunto de ações. É preciso apostar em espaços de interlocução previamente estabelecidos, papéis mais bem definidos entre os serviços, mais ações

conjuntas em que a PSR reside, e menos barreiras de acesso. Por fim, o trabalho constatou que é imprescindível o planejamento intersetorial e execução de ações preventivas voltadas para essa população, ressaltando que o cuidado deve ser usuário centrado, livre de pré-julgamentos e a partir de suas demandas específicas, respeitando as diretrizes e orientações de ambos os sistemas de atenção.

Referências

1. Brasil. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. [acesso em 20 de agosto de 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm;
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília, 2014. [acesso em 20 de agosto de 2021]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf;
3. Pedrosa TB, Cáceres-Serrano P. Centro Pop e Intersetorialidade: o problema da articulação com a rede de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 161-172, jan. 2022.
4. Santana CL, Rosa AS, organizators. Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte; 2016. 314p.
5. Botti NC, Castro CG, Silva MF, Silva AK, Oliveira LC, Castro AC, et al. Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(1):10-16 [acesso em 20 de agosto de 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/m9gFV8CjNf4bsJZFcKQv5gK/?format=pdf&lang=pt>
6. Borysow IC, Furtado JP. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* (Rio J.) [internet]. 2013. [acesso em 10 setembro de 2021]. 23 [1]: 33-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jphysis/a/9hS93srJcFSHxk8bYs5SLvc/?lang=pt&format=pdf>.
7. Oliveira RB, Martins V. A intersetorialidade nas políticas sociais: uma análise sobre a política nacional para população em situação de rua. In: *Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*; 2018 Dez 2-7; Vitória-ES, Brazil. EFES.
8. Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS. Resolução nº 145, de 2004. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf;
9. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome. Conselho nacional de Assistência Social. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/resolucao-no-109-de-11-de-novembro-de-2009>;
10. Ministério da Saúde (BR)a. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
11. Ministério da Saúde (BR)b. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012;
12. Macedo JP, Sousa AP, Carvalho AV.. População em Situação de Rua: Trabalho em Equipe e Intersetorial. *Revista Psicologia e Saúde*. 2021; 12(4): 159-173.
13. Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004;13(1):56-69.
14. Carneiro Junior N, Jesus CH, Crevelim MA. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. *Saúde e Sociedade* [internet] 2010 [acesso em 20 de agosto de 2021]; 19(3): 709-716. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2010.v19n3/709-716/pt>;
15. Fiocruz. Recomendações para os consultórios na rua e a rede de serviços que atuam junto com a população em situação de rua. Rio de Janeiro: Fiocruz.; 2020. 20p.
16. Wesley RS, Jabbour CJ. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Estudo & debate*. 2011;18 (2):7-22.
17. Ventura MM. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Rev SOCERJ*. 2007;20(5):383-386.