

HRJ

v.3 n.15 (2022)

Recebido: 21/10/2021

Aceito: 06/01/2022

Atendimento à População em Situação de Rua: realidade do acesso à saúde mental em um CAPS AD do DF

**Marília Carvalho Linhares¹
Karina Aparecida Figueiredo²**

¹Assistente Social Residente do Programa de Saúde Mental do Adulto da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS)

²Assistente Social Tutora do Programa de Saúde Mental do Adulto da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar as limitações e potencialidades do atendimento à população em situação de rua em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas localizado no Distrito Federal. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, em que foi analisado o processo de cuidado à saúde mental das pessoas em situação de rua no referido CAPS. A metodologia utilizada para a coleta de dados foi a de diário de campo, na qual a autora realizou o registro dos dados relativos ao tema durante a vivência de seis meses nesse cenário, a partir de categorias pré-estabelecidas. Os resultados obtidos permitiram constatar que existem práticas e experiências positivas nesse serviço de saúde, porém elas se mostram insuficientes e restritas para a atenção à saúde mental de forma ampla e efetiva ao usuário em situação de rua.

Palavras-Chaves: Pessoas em situação de rua; Equidade em saúde; Saúde Mental.

Assistance to the Homeless Population: reality of access to mental health in a CAPS AD in DF

ABSTRACT

This paper aims to analyze the limitations and potentialities of serving the homeless population in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs located in the Federal District. This is a descriptive study, of the experience report type, in which the mental health care process of people living on the streets in the aforementioned CAPS was analyzed. The methodology used for data collection was the field diary, in which the author recorded data related to the topic during a six-month experience in this scenario, based on pre-established categories. The results obtained showed that there are positive practices and experiences in this health service, but they are insufficient and restricted for mental health care in a broad and effective to the homeless user.

Key Words: Homeless people; Equity in health; Mental health.

INTRODUÇÃO

A questão da população em situação de rua deve ser vista principalmente como um processo social, na medida em que a sua existência tem relação com o contexto sócio-histórico da humanidade ao longo do tempo. Há registros da existência de pessoas vivendo nas ruas desde as primeiras formações societárias, porém é a partir do processo de emergência do capitalismo que esse fenômeno se massifica mundialmente¹. Dessa forma, como resultado do processo de industrialização que levou à expulsão dos trabalhadores do campo para as cidades, Gatti e Pereira¹ (2011, p.12) trazem que parte desses trabalhadores “transformaram o espaço público – as ruas – em seu universo de vida e sobrevivência privados, evidenciando a imagem crua da exploração capitalista”.

Já o Brasil é um país que historicamente criou condições para a perpetuação da exclusão de uma parte significativa da população brasileira, tendo altos índices de desigualdades socioeconômicas observadas até hoje. Sendo um país que desde sua formação é marcado por altos níveis de exclusão, o processo de massificação da população em situação de rua ocorreu em meados do século XIX, principalmente a partir da década de 1960, quando houve uma intensificação da industrialização e das formações urbanas no Brasil. Conseqüentemente, uma quantidade maior de pessoas teve como uma das alternativas de sobrevivência utilizar as ruas seu local de moradia permanente ou provisória.¹

No Distrito Federal, o fenômeno de exclusão de grande parte da população também foi visível no seu processo de formação. Houve em Brasília, um processo de desterritorialização, uma vez que conforme a cidade era construída, os trabalhadores que participavam da sua construção eram expulsos e deslocados para áreas periféricas, mostrando uma organização territorial desigual e excludente.²

A entrada da questão da População em Situação de Rua (PSR) no debate e na agenda política brasileira, principalmente a partir dos anos 2000, ocorreu após mobilização e

tensionamento realizados pelo Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), que foi lançado em 2005 durante o 4º Festival de Lixo e Cidadania (MNPR, 2010), associada com a conjuntura sócio-política do momento que possuía maior abertura para pautas sociais e democráticas.

O Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009³, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, traz a seguinte definição para essa população:

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. (BRASIL, 2009)³.

A definição da PSR como um grupo heterogêneo pela Política Nacional, sugere uma visão multicausal da situação, em que cada indivíduo está na rua por um motivo próprio, com permanências e vivências diferentes. Esse entendimento é fundamental para a não estereotipização dessas pessoas e para que elas tenham as diversas identidades respeitadas, garantindo as distintas necessidades coletivas e individuais dessa população na execução e gestão das políticas públicas voltadas a ela.⁴

Em 2012, o DF instituiu o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política para Inclusão da População em Situação de Rua, por meio do Decreto nº 33.779/2012⁵, se tornando a primeira unidade da federação, depois de alguns municípios, a aderir oficialmente à PNPSR.

Embora adesão da PNSR pelo DF seja relevante no que concerne ao desenvolvimento das políticas públicas para PSR no DF, ao analisar as repercussões da adesão do Governo do Distrito Federal, Pereira (2016)² constata que embora essa adesão representasse um avanço

para o DF, ela não alterou substancialmente a realidade de vida dessas pessoas, pois as ações ainda eram baseadas na perspectiva neoliberal, caracterizadas por ações focalizadas e seletivas.

Na dissertação² desenvolvida pela autora, observa-se que são escassas as políticas sociais para essa população no DF, são muitas as exigências para essas pessoas acessarem os serviços públicos, há ausência ou insuficiência de comunicação entre as instâncias dos governos e os diversos setores do serviço público sobre as ações desenvolvidas e ofertadas a essa população, além da permanência da centralidade na política de assistência social como responsável pela elaboração e execução de serviços à população em situação de rua.

Considerando que a saúde não é um fenômeno abstrato, deslocado do mundo material e sim, definida pelos modos de produção e reprodução da vida específicos de cada sociedade que revelam as suas respectivas formas de adoecimento, a PSR têm uma série de particularidades no que diz respeito às demandas de saúde apresentadas ao serviço.

Considerando essas particularidades no processo saúde-doença é necessário realizar o debate sobre equidade e como os serviços e profissionais têm lidado com tais questões. O princípio do Sistema Universal de Saúde (SUS) diz respeito a situações nas quais se observa a existência de diferenças nas condições de vida e de saúde, a fim de que o cuidado reconheça essas diferenças (perpassada por fatores sociais, culturais, ambientais) de acordo com as necessidades das pessoas.

No âmbito da saúde é possível notar a centralidade dada nos documentos legais voltadas ao acesso da PSR em serviços de saúde, principalmente à Atenção Primária à Saúde (APS) e aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por se caracterizar como níveis de atenção à saúde que priorizam o vínculo e a longitudinalidade do cuidado. Porém, em diversas ocasiões a porta de entrada para essas pessoas são de forma esporádica, os serviços emergenciais de caráter curativo-medicamentoso como os serviços de Urgência e Emergência (Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).⁴

Considerando os aspectos explicitados acima e a partir da experiência como assistente social no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, durante o período no cenário em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do DF, surgiu o interesse em investigar as limitações e potencialidades das ações profissionais na garantia de saúde dessa população. Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo principal analisar os desafios e a potencialidades do atendimento à população em situação de rua e sua realidade no acesso à saúde mental, no CAPS AD X. A relevância da pesquisa diz respeito à análise de dados que contribuíssem para discussões acerca da realidade do atendimento à PSR, a fim da construção e reflexão de estratégias que qualificam o atendimento voltado a essa população.

METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de uma pesquisa de campo descritiva. A pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois é enfatizada importância de o pesquisador ter uma experiência direta com a situação de estudo⁶. No caso da presente pesquisa, o fenômeno a ser observado e analisado é o acesso à saúde mental da população em situação de rua no CAPS AD X.

Em relação a abordagem, o presente estudo fundamenta-se na abordagem qualitativa, uma vez que se utiliza de dados não-quantitativos para análise do objeto de estudo. A pesquisa qualitativa volta-se para um nível de realidade que não pode ser quantificada, aprofundando-se no mundo dos significados das ações e das relações humanas⁷.

Para o alcance dos objetivos gerais e específicos, a autora utilizou do instrumento de diário de campo durante o período de seis meses de todos em que esteve no CAPS AD X em sua atuação como assistente social residente do Programa de Saúde Mental do Adulto. Para realização da observação é importante que os pesquisadores utilizem o do diário de campo, que

consiste em um dos instrumentos fundamentais para o registro de informações que emergem do trabalho de campo e que posteriormente serão utilizadas pelo pesquisador ao fazer a análise dos dados, buscando minimizar a perda de informações relevantes durante a coleta de dados.⁸

Na presente pesquisa foram traçados previamente as seguintes categorias a serem observados e registrados no diário de campo: assiduidade/continuidade da pessoa em situação de rua acompanhamento oferecido pelo CAPS AD X, inserção do usuário em situação de rua em outros serviços da rede estatal ou não estatal voltados à garantia de direitos, redução ou interrupção do uso de substâncias psicoativas (SPA) e fortalecimento da rede de apoio. Essas categorias foram observadas em momentos de acolhimento, atendimento individuais e grupais, orientações gerais, bem como de momentos de informalidade nesse serviço de saúde.

A metodologia adotada para analisar os dados se aproxima da metodologia exposta por Gil (2008)⁶ para análise de dados em pesquisa de campo. Para o autor, a análise de dados nesse tipo de pesquisa compreende uma sequência de atividades, que envolve a redução, a categorização interpretação dos dados e a redação do relatório.

A população-alvo da pesquisa compreende tanto os profissionais do quadro efetivo do CAPS AD X, quanto os usuários que na data de acolhimento no referido CAPS encontravam-se em situação de rua. Entende-se por pessoa em situação de rua a definição dada pela Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR)³ explicitada anteriormente. Como critérios de inclusão para coleta de dados foram estabelecidos os usuários maiores de 18 anos que na data de acolhimento no CAPS AD X encontravam-se em situação de rua e profissionais do quadro efetivo do CAPS AD X, sem distinção de categoria ou função no serviço.

O tipo de amostragem adotada pela pesquisa é a amostragem estratificada não proporcional. A amostragem estratificada caracteriza-se pela seleção da amostra a partir de subgrupo, ou seja, a delimitação da amostra por subgrupos como idade, classe social etc. No

caso da amostragem estratificada não proporcional, a extensão das amostras dos vários estratos não é proporcional à extensão desses estratos em relação ao universo.⁶

Após a redução dos dados, eles foram inseridos e organizados a partir das categorias descritivas a partir de planilha do programa *Microsoft Excel*, para a posterior interpretação e construção da pesquisa, tendo como subsídio o aporte teórico sobre o tema do acesso à saúde à população em situação de rua.

A pesquisa está de acordo com os aspectos éticos previstos na Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012)⁹, observando e respeitando os preceitos éticos em todas as etapas da pesquisa, preservando integralmente o anonimato e a imagem dos participantes da pesquisa, bem como a sua não estigmatização, além de não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico financeiro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos por meio da coleta e análise a de dados possibilitaram constatar que a realidade do acesso à saúde mental da População em Situação de Rua no CAPS AD X do DF, é marcado por condutas dialéticas que ora fortalecem o processo de cuidado, ora legitimam a exclusão e a desassistência por parte dessa população. Nesse mesmo sentido, pode-se afirmar que existem experiências e práticas positivas nesse serviço de saúde, pois as ações oferecidas pela equipe melhoram a condição de saúde e reduzem riscos de agravos dessa população, porém elas se mostram insuficientes e restritas para a atenção à saúde mental de forma ampla e efetiva ao usuário em situação de rua.

Entre os principais desafios para o acesso à saúde da PSR pelo CAPS AD X, foram encontrados a sobrecarga dos profissionais de saúde do CAPS AD X, a falta de recursos que poderiam qualificar a assistência prestada, o estigma dessa população por parte da equipe, a

baixa continuidade e adesão da PSR ao acompanhamento do CAPS e a pouca aproximação do CAPS AD X da rede de apoio do usuário em situação de rua.

Por outro lado, as potencialidades encontradas foram a não obrigatoriedade da documentação para acesso aos serviços do CAPS AD X, a adoção da estratégia da Redução de Danos por parte significativa dos profissionais, o esforço por parte da equipe em tornar o acesso da PSR de forma mais flexível e oportuna e a busca pela inserção do usuário em outros serviços da rede estatal ou não estatal visando à garantia de direitos dessa população.

É importante ressaltar que tanto as limitações quanto as potencialidades encontradas no CAPS AD X estão inseridas no contexto de avanço do neoliberalismo e neoconservadorismo no país¹⁰ e no próprio marco da sociedade estruturada em um sistema de dominação e exploração patriarcal-racista-capitalista¹¹. Esse contexto aprofunda a precarização das políticas sociais que restringe o atendimento à população em situação de rua, além de complexificar as demandas colocadas e conseqüentemente as intervenções profissionais realizadas. A seguir os resultados serão analisados a partir das categorias propostas.

Assiduidade da pessoa em situação de rua acompanhamento oferecido pelo CAPS AD X

Em relação a essa categoria foi verificada a baixa assiduidade e continuidade do cuidado a PSR no CAPS AD X, uma vez que um número significativo de usuários comparecia apenas ao acolhimento ou ao primeiro atendimento, sendo limitada a longitudinalidade do cuidado dessa população.

Um fato apresentado pela literatura que evidencia as falhas no acesso à saúde voltado à pessoa em situação de rua está relacionado aos impedimentos organizacionais dos serviços, aos estigmas e despreparo dos profissionais, formando assim verdadeiras barreiras institucionais e culturais que impedem o atendimento efetivo e de qualidade para essa população. Diante dessas barreiras e violências institucionais é comum a baixa procura dessa população aos serviços de

saúde e a adesão ao acompanhamento proposto, além do processo de naturalização das más condições de saúde^{1,2}.

No CAPS AD X foram observadas algumas barreiras colocadas por parte dos profissionais, que devido à estigmas culturais, não ofereceram uma escuta qualificada ao usuário em situação de rua para a melhor compreensão e resolutividade de suas demandas no serviço. Assim, observou-se que era comum o encaminhamento da PSR a outros serviços intersetoriais, principalmente da assistência social, sem a devida escuta inicial e acolhimento do usuário. Um desses estigmas diz respeito à homogeneização das vivências e demandas da PSR, sem considerar suas particularidades no processo de cuidado.

Outro fator observado que restringe a continuidade do acompanhamento é o fato que a PSR possui pouco acesso às tecnologias digitais, o que limita as buscas ativas telefônicas pelo serviço quando necessárias. Nesse sentido, ressalta-se a importância de se realizar busca ativa no território do serviço para garantir a continuidade do cuidado do usuário em situação de rua¹². Entretanto, essa estratégia é pouco utilizada no CAPS AD X, devido principalmente ao processo de sucateamento do SUS¹³ que desencadeia em fatores como a sobrecarga profissional e a falta de recursos para realização da busca ativa no território, como a falta de transporte e motorista autorizado

Por outro lado, a literatura também aponta que são muitas as exigências para essas pessoas acessarem os serviços públicos, entre elas a de documentação². No mesmo sentido, Gatti e Pereira (2011)¹ em levantamento sobre o perfil da população em situação de rua no DF, constata que todos os adolescentes e adultos entrevistados disseram já ter sido impedidos de entrar em algum lugar ou de receber algum tipo de atendimento público, incluindo os de saúde. Além disso, revelam que é alto o número de pessoas que não possuem documentos de identidade (78%), Título de Eleitor (82,4%) e Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) (80,5%), sendo que muitos serviços públicos exigem esses

documentos, dificultando o acesso dessa população a políticas, projetos, serviços e benefícios^{1,2}.

Porém, um aspecto positivo presenciado no CAPS AD X é que a falta de documentação não é fator impeditivo para o acesso aos serviços do CAPS, o que promove maior acesso deste serviço à essa população. Outra potencialidade que pode ser constatada foi que embora a assiduidade da PSR no CAPS AD X seja baixa, parte desta população cria um bom vínculo com o serviço de saúde, e mesmo que não comparecessem as datas dos atendimentos individuais e grupais, esses usuários buscavam o referido CAPS quando fosse necessário. Nesse sentido, era perceptível o esforço por parte da equipe em desburocratizar o acesso ao serviço e responder as demandas que fossem possíveis nesses momentos.

Redução ou interrupção do uso de substâncias psicoativas

A análise dos dados permite verificar que hegemonicamente, os profissionais do CAPS AD X possuem consonância com os princípios da abordagem da Redução de Danos (RD). Essa perspectiva coloca em questão as relações de força mobilizadas sócio-historicamente que criminalizam e patologizam o usuário de drogas. A RD coloca em tela diversos aspectos, como a responsabilidade individual do sujeito, sua liberdade de escolha; descriminalização e a diversificação das modalidades de atendimento. Essa estratégia se torna um método de cuidado em saúde que acolhe as pessoas que usam drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos¹⁴.

A proposta de reduzir danos possui como direção a produção de saúde, considerada como a produção de regras autônomas de cuidado de si. No caso da RD, a própria abstinência pode ser uma meta a ser alcançada, porém mesmo nesses casos trata-se de uma meta pactuada, e não de uma regra imposta por um profissional ou instituição.

Considerando esses aspectos, a RD vem se consolidando como uma importante estratégia utilizada pelos profissionais do CAPS AD X aos usuários, destacando o usuário em situação de rua. Essa abordagem permite a atuação profissional que visa a o direito de escolha e a responsabilidade da pessoa diante da sua vida e a flexibilização de métodos, centrando-se na demanda e na necessidade do usuário do sistema, de forma que se opta por priorizar vínculos ao invés de ignorar e condenar o uso de drogas.

Dessa forma, percebe-se que essa abordagem contribui significativamente ao CAPS AD X para a promoção de saúde, ao propor a redução ou interrupção do uso de substâncias psicoativas ao usuário em situação de rua de forma ética, flexível e em conjunto com ele. Os entraves da RD no campo de pesquisa se relacionam principalmente, a concepção cultural da abstinência enquanto possibilidade exclusiva de remissão do sintoma e “cura” do doente. Essa concepção reproduz e impacta na percepção de saúde do usuário em situação de rua, da sua rede de apoio e em parte da equipe do CAPS AD X, que buscam a abstinência imediata de SPA como única forma de cuidado prestado.

Fortalecimento da rede de apoio

A partir da análise de dados, pode-se observar que o CAPS AD X buscava, ao longo dos atendimentos da PSR, o contato e apoio do usuário em situação de rua da rede social do usuário, como a família, a comunidade e outras instituições que o acompanham. Os limites observados no cenário de pesquisa estavam ligados ao contexto de vida da PSR, que em geral, possui vínculos sociais rompidos ou fragilizados¹⁵ o que dificulta a aproximação e fortalecimento da rede de apoio do usuário.

A sobrecarga profissional também é revelada mais uma vez como um fator que restringe a potencialidade da localização e aproximação do CAPS AD X da rede de apoio do usuário. Isto ocorre devido ao fato de que a localização, aproximação, o planejamento de atendimentos familiares e compartilhados com outras instituições, requer um tempo

significativo de trabalho, que muitas vezes o profissional de saúde não dispõe, devido ao processo de sucateamento da política de saúde no Brasil¹⁶, que requer do profissional respostas imediatas a uma alta carga de demandas no cotidiano profissional. Considerando esses aspectos impeditivos, foi constatado que o CAPS AD X alcança e se aproxima pouco da rede de apoio do usuário em situação de rua.

Inserção do usuário em situação de rua em outros serviços da rede estatal ou não estatal voltados à garantia de direitos

Em relação a essa categoria, verificou-se que uma das estratégias que regularmente eram lançadas pelo CAPS AD X são os encaminhamentos, matriciamentos e acompanhamento da pessoa em situação de rua em outros serviços intrasetoriais e intersetoriais da rede estatal e não estatal. Os dados obtidos desvelam que os principais encaminhamentos realizados foram para a política de assistência social, como os órgãos do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e Central de Vagas de Acolhimento Institucional da Secretaria de Desenvolvimento Social do DF (SEDES/DF). Outros serviços que constantemente eram acionados para trabalho compartilhado e apoio matricial eram as Equipes Consultório na Rua (ESR) da Atenção Básica à Saúde e as Organizações não Governamentais com vagas de acolhimento institucional.

Dessa forma, pode-se afirmar que o CAPS AD X possui consonância com o objetivo do Decreto nº 33.779/2012 do DF, que possui a finalidade de “implantar políticas públicas de forma intersetorial e transversal, garantindo a estruturação da rede de proteção às pessoas em situação de rua”. (BRASIL, 2012).⁵ Um dos aspectos essenciais para o trabalho junto à população em situação de rua é o trabalho em rede, uma vez que as condições de vida e saúde dessa população partem de condições complexas¹⁷, exigindo intervenções e propostas com diversos setores estatais e não estatais para efetivação dos direitos da PSR.

A efetivação das políticas intersetoriais para PSR deve se realizar em nível macro e micro. Os autores trazem que as ações a nível macro consistem na criação e ampliação de centros de serviços e oportunidades de trabalho, moradia, educação, saúde, lazer entre outros, para essa população. As ações em nível micro dizem respeito às ações desenvolvidas pelos próprios profissionais a partir de discussões conjuntas sobre os planos de cuidado de atendimento a essa população¹⁸.

Dessa forma, pode-se afirmar que o CAPS AD X implementa ações em nível micro com a construção de estratégias conjuntas e a inserção do usuário em situação de rua em outros serviços da rede, e ações de nível macro, uma vez que parte da equipe participa ativamente na mobilização e construção de políticas públicas para ampliação de direitos voltadas para a sociedade.

Entretanto, também foram observadas limitações nessa categoria durante a pesquisa de campo. Uma das restrições significativas para o trabalho conjunto com outros setores da rede, foram as condições de distanciamento social colocadas pela pandemia de do pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19) que desencadeou na suspensão de diversos serviços acionados pelo CAPS AD X, principalmente os relacionados ao lazer, como o Centro Olímpico, o Centro de Convivência de Idosos e demais ONG'S e Institutos que promovem ações de cidadania e cultura no território. Outra consequência da crise sanitária vivenciada são os impactos socioeconômicos causado por fatores como aumento do desemprego e da informalidade no trabalho¹⁹, que atinge centralmente as possibilidades e o acesso ao trabalho e renda por parte da PSR.

Além disso, outro fator observado como uma barreira ao trabalho em rede é o sucateamento das políticas sociais suscitado pelo acirramento da política neoliberal no país¹⁶ que levam a sobrecarga de demanda nos diversos serviços que compõe a rede, bem como a

falta de estrutura e instrumentos básicos de trabalho, como telefones, computadores e internet adequados para o trabalho em rede.

Por sua vez, o sucateamento da rede de serviços públicos como o CAPS AD X e outros serviços da rede, fortalece os encaminhamentos à espaços de instituições totais²⁰ como as Comunidades Terapêuticas. Em geral, as comunidades terapêuticas possuem diversos elementos que podem ser questionados enquanto processo terapêutico, como a presença da disciplina, isolamento e a própria moralização dos sujeitos que possuem problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Nesse sentido, as Comunidades Terapêuticas se constitui enquanto um conjunto de instituições que usualmente tem por finalidade a abstinência, sem levar em consideração o sujeito em seus aspectos biopsicossociais.

Levando em consideração a série de violação de direitos básicos que a PSR se depara, como moradia, alimentação, renda etc., as Comunidades Terapêuticas aparecem enquanto espaços possíveis para essa população e para os próprios serviços de saúde como o CAPS AD X. Dessa forma, é alta a demanda de encaminhamento da PSR para as Comunidades Terapêuticas. Em relação a essa questão, duas práticas concorrentes convivem no serviço de saúde do CAPS AD X; a primeira de construção de outras estratégias em parceria com a rede social do usuário e de serviços públicos e a segunda do encaminhamento à Comunidade Terapêutica como alternativa central do profissional de saúde. Por sua vez, a grande quantidade de encaminhamentos as Comunidades Terapêuticas reforça a lógica que exime o poder público de suas responsabilidades com a sociedade, transferindo-as para outros setores e para própria sociedade civil.

CONCLUSÃO

A condição de vida da população em situação de rua perpassa por inúmeros fatores complexos, uma vez que essas pessoas passam por diferentes processos de exclusão social,

intensificada a partir das experiências de fragilização, precarização e diversas rupturas da vida social. São inúmeros os cerceamentos de direitos, que limitam o exercício de liberdade, dos direitos políticos, da participação da vida comunitária e até de seu reconhecimento como pessoa para a sociedade.

Devido a essa condição, a saúde pública e as demais políticas intersetoriais devem estar atentas as especificidades das condições de vida e saúde dessa população ao executar, gerir e formular as políticas públicas. O presente trabalho pretendeu discutir alguns dos principais limites e potencialidades no atendimento à população de rua encontrados em um CAPS AD do DF, cuja reflexões e experiências podem ser consideradas para outros serviços do SUS e outros setores estatais e não-estatais.

Algumas das estratégias que qualificam o atendimento e potencializam o cuidado voltado a essa população estão relacionadas diretamente com o fortalecimento da oferta de atenção intersetorial a essa população. Dessa forma, as reuniões de equipe internas e externas se mostram como espaços imprescindíveis, pois viabilizam a discussão de casos; planejamento e ordenamento de ações de forma integrada.

Outro fator importante diz respeito a promoção por parte instituições empregadoras da educação permanente aos profissionais sobre os determinantes do processo saúde-doença da PSR e suas principais demandas, visando a socialização de abordagens que promovam a autonomia, acolhimento e o respeito à escolha do sujeito, revendo dessa forma, práticas profissionais impositivas, prescritiva e estigmatizantes. A educação em saúde juntamente com os usuários, a família e a comunidade sobre seus direitos, sua condição de saúde e a estratégia de redução de danos também é fundamental para o acesso a saúde de forma ampla e participativa.

Nesse mesmo sentido, é necessário que as instituições revisem fluxos que burocratizam o acesso à saúde, buscando oferecer seus serviços de maneira mais oportuna,

flexível e integral. A participação das pessoas em situação de rua no planejamento e na execução das ações oferecidas pelos serviços de saúde é importante para que ações estejam em consonância com as suas necessidades e prioridades de saúde.

Por fim, o fortalecimento do acesso a saúde mental pela população em situação de rua, passa necessariamente pelo fim das contrarreformas de Estado que desencadeiam no subfinanciamento de políticas sociais no Brasil, persistindo a falta de profissionais e recursos para concretude do direito fundamental constitucional à saúde, moradia, trabalho, alimentação, dentre outros. Nesse sentido, urge a necessidade de avanços no acesso a recursos públicos e em especial à garantia de direitos básicos e a socialização das riquezas produzidas para a manutenção da vida dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Gatti BP, Pereira CP, organizadores. Projeto Renovando a Cidadania: pesquisa sobre a população em situação de rua do Distrito Federal. Brasília: Gráfica Executiva; 2011.
2. Pereira HP. Desdobramentos da adesão do Governo do Distrito Federal à Política Nacional para a População em Situação de Rua. [dissertação]. Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília; 2016.
3. Brasil. Decreto 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.
4. Menezes AVCR. Pesquisa Documental: Acesso à Saúde Da População Em Situação De Rua no Distrito Federal. **Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde. Escola Superior de Ciências da Saúde**; 2019.

5. Brasília. Decreto Nº 33.779, de 06 de julho de 2012. Institui a Política para Inclusão Social da População em Situação de Rua do Distrito Federal e dá outras providências. **Diário Oficial do Distrito Federal** 2012; 09 Jul.
6. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas; 2008.
7. Minayo MCS. Pesquisa Social. **Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes; 1994.
8. Gandra EC, Silva KL, Sena RR, Oliveira JB, Valentim AV. Observação e registro no diário de campo do pesquisador: desvendando os desafios e facilidades relacionados ao cotidiano das pesquisas qualitativas. In: **Anais do 17º SENPE Seminário nacional de pesquisa em enfermagem**; 2013; Natal. p. 109-111.
9. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União** 2003; 13 Jun.
10. Pereira CP, Duarte JLN, Santos LRS. Capitalismo dependente, Estado e autoritarismo no Brasil. **Textos Contextos** (Porto Alegre). 6º de maio de 2021 [citado 15º de outubro de 2021];20(1):e39228. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/39228>
11. Saffioti HIB, Almeida SS. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter; 1995.
12. Wijk, LB, Mângia EF. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 24, n. 9 [Acessado 20 Outubro 2021], pp. 3357-3368. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.29872017>
13. Soares RC. A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social. [tese] Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual de Pernambuco; 2010.

14. Passos EH, SOUZA TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia & Sociedade** [online]. 2011, v. 23, n. 1, pp. 154-162. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>
15. Abreu D, Salvadori LV. Pessoas em Situação de Rua, Exclusão Social e Rualização: Reflexões para o Serviço Social. In: Anais do Seminário nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social; 2015; Florianópolis. p. 188-195.
16. Behring ER, Boschetti I. Política social: Fundamentos e história. Rio de Janeiro: Cortez Editora; 2006.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Carneiro JN, Crevelim MA, Jesus CH. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, set; 2010.
19. Costa SS. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública** [online]. 2020, v. 54, n. 4 [Acessado 20 Outubro 2021], pp. 969-978. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170>
20. Pacheco AL, Scisleski A. Vivências em uma comunidade terapêutica. **Rev. Psicol. Saúde** [Internet]. 2013 Dez [citado 2021 Out 17];5(2): 165-173. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200012&lng=pt.