



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Cesar de Almeida Ribeiro dos Santos

Pessoas com transtornos mentais em situação de rua:
acesso ao sistema de saúde na cidade do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2021

Cesar de Almeida Ribeiro dos Santos

Pessoas com transtornos mentais em situação de rua:
acesso ao sistema de saúde na cidade do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, planejamento, gestão e cuidado em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Homeless people with mental illness: access to the health system in the city of Rio de Janeiro.

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Brasil (CNPQ) – Código de Financiamento .

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S237p Santos, Cesar de Almeida Ribeiro dos.
Pessoas com transtornos mentais em situação de rua: acesso ao sistema de saúde na cidade do Rio de Janeiro / Cesar de Almeida Ribeiro dos Santos. -- 2021.
67 f.

Orientador: Paulo Roberto Fagundes da Silva.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Saúde Mental. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Pessoas em Situação de Rua. 4. Equidade em Saúde. 5. Política de Saúde.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2098153

Cesar de Almeida Ribeiro dos Santos

Pessoas com transtornos mentais em situação de rua:
acesso ao sistema de saúde na cidade do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, planejamento, gestão e cuidado em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva.

Aprovada em: 12 de Agosto de 2021.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria Tavares Cavalcanti
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. Paulo Roberto Fagundes da Silva (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2021

Aos profissionais e pacientes que, com seu trabalho e histórias de vida,
me inspiraram a buscar caminhos nesta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À minha família: minha mãe Bernadete, meu tio Heitor, minha tia Rita, minha tia Clara e seu marido Roberto, minha prima Mariana, minha irmã Raquel e minha avó Magaly. Obrigado por serem meu esteio nessa vida.

Ao meu avô José Heitor de Almeida, que permanece nos meus sentimentos e no meu pensamento.

Ao meu orientador Paulo Fagundes, por sua presença e olhar atento aos detalhes.

Aos professores da ENSP, que me transmitiram ao longo desses dois anos ensinamentos preciosos e que levarei ao longo da vida.

À Nancy Nóvoa, Paula Fabricio e Priscila Vilella, amigas com quem compartilhei a dor e o prazer de ser um estudante de mestrado.

Aos meus amigos e amigas: Mônica Cabral, Denise Luz, Mateus Braune, Romulo Beck, Sol Cesar, Aline Maia, Rodrigo Miranda, Elisa Moraes, Luana Laurito, Luiz Cunha, Luis Pinto, Edwalton Santos, Julia Brandão e Laísa Viana.

Aos profissionais e gestores entrevistados nesta dissertação pela abertura e generosidade em transmitir seus conhecimentos.

Aos meus colegas da rede de saúde mental do Rio de Janeiro, essa trama de vários pontos que me mostra tanto sobre profissionalismo, cidadania e humanidade.

“La piazza è mia.”

Louco de Rua no filme Cinema Paradiso (1988)

RESUMO

A presente pesquisa objetivou realizar uma descrição do acesso ao sistema de saúde do município do Rio de Janeiro de pessoas em situação de rua com transtorno mental. Foi realizada uma busca na literatura científica de informações relevantes ao tema que pudessem nos informar a respeito de suas questões pertinentes. Além disso, foram realizadas entrevistas a partir de roteiro semi-estruturado com informantes-chave trabalhadores e gestores da rede de Saúde do município para a obtenção de dados primários sobre o objeto pesquisado. O procedimento metodológico para o exame das entrevistas foi a Análise de Conteúdo e se constituiu em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. Os resultados apontaram para a persistência de barreiras ao acesso à saúde para a população em situação de rua com transtorno mental, assim como estratégias dos profissionais e gestores para transpô-las. Para que a apresentação das barreiras ao acesso se desse de forma organizada, os dados foram selecionados entre nove categorias: formação dos profissionais, manejo clínico, uso de psicotrópicos, território e violência, rede e porta de entrada, cadastro/documentação, setores secundário e terciário, intersetorialidade e sucateamento.

Palavras-chave: saúde mental; acesso à saúde; população em situação de rua; equidade em saúde; políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

This study aimed to describe the access of homeless people with mental disorders to the healthcare system in Rio de Janeiro city. A scientific literature review was performed in search of data that could be relevant information to the issues mentioned. In addition to that, some interviews were conducted with a semi-structured script with key-informants (workers and managers from the city's healthcare network) in order to obtain primary data on the subject. The method for examining the interviews was Content Analysis in three steps: pre-analysis; content exploring; and treatment-interpretation. The results pointed towards the endurance of access barriers to the healthcare system for homeless people with mental disorders and also to the strategies of the health workers and managers to overcome those barriers. In order to present those barriers in an organized manner the data was split in 9 different categories: professional education, clinical management, use of psychotropic substances, violence and territory, network and entry points, registration/documentation, secondary and tertiary sectors, intersectionality and dismantlement.

Keywords: mental health; access to healthcare; homeless people; equity in health, health public policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
ACT	Assertive Community Treatment
AP	Área Programática
AT	Acompanhante Terapêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNAR	Consultório na Rua
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONG	Organização Não Governamental
OSS	Organização Social da Saúde
PPA	Plano Plurianual
PSR	População em Situação de Rua
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RCAPS	Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde
SAGI	Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA COM TRANSTORNOS MENTAIS.....	13
3	HISTÓRICO RECENTE DA PROTEÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: MARCOS LEGAIS.....	16
3.1	PERÍODO ANTERIOR À POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	16
3.2	A POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	18
3.3	NORMATIVAS POSTERIORES À POLÍTICA NACIONAL.....	19
4	ACESSO E BARREIRAS À SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA.....	22
5	LOUCURA E RUA: ESTRATÉGIAS DE UMA CLÍNICA TERRITORIALIZADA.....	29
6	METODOLOGIA.....	35
6.1	DESENHO DA PESQUISA.....	35
6.2	LOCAL DO ESTUDO.....	36
6.3	MODELO DE ANÁLISE.....	37
6.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
7.1	ACESSO E BARREIRAS CLÍNICAS.....	41
7.2	ACESSO E BARREIRAS INSTITUCIONAIS.....	49
8	CONCLUSÃO.....	59
	REFERÊNCIAS.....	63

1 INTRODUÇÃO

O número de pessoas em situação de rua no Brasil vem aumentando, um fenômeno não restrito às grandes metrópoles. Enquanto na primeira metade do século XX esse crescimento era associado aos movimentos migratórios e ao êxodo rural, o panorama atual mostra que a maior parte das pessoas em situação de rua provêm de áreas urbanas (Sicari; Zanella, 2018). Em 2015, foi estimado um número de 101.854 pessoas vivendo em situação de rua no país, sendo a maioria moradores de cidades de grande porte (77,02%) e na região sudeste (48,89%). Suas características majoritárias são: sexo masculino, adultos jovens (25-40 anos), exercem atividade remunerada e passam a maior parte do tempo nas áreas comerciais da cidade (BRASIL, 2019).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua, sancionada em 2009, constitui marco fundamental no processo de reconhecimento desse segmento populacional enquanto sujeitos de direito e destinatários de estratégias intersetoriais específicas para a constituição de uma rede de serviços e programas consentâneos às suas necessidades. Prevê princípios e diretrizes, transferência de recursos federais, além da instituição de comitê intersetorial para acompanhamento e monitoramento dessa política (BRASIL, 2009).

Apesar de avanços ao longo dos últimos anos, como a normativa supracitada e outros marcos legais que descreveremos em capítulo específico desta dissertação, a população em situação de rua ainda representa um desafio para as políticas públicas. Quanto a política de saúde, embora assegurada pela Constituição como direito de todos e dever do Estado, não se observa a extensão desses direitos à população em situação de rua que vive à margem dos processos de inclusão e sofre graus acentuados de vulnerabilidade e marginalidade no acesso aos bens e serviços (Paiva et al., 2016).

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa o reconhecimento do direito à Saúde no Brasil e seus princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade remetem a uma lógica de direito e de trâmite livre na rede de atenção mediante as necessidades dos usuários (Penna; Viegas, 2013). No entanto, apesar do princípio de equidade pressupor que o sistema deve adotar diferentes estratégias de acordo com as necessidades de usuários ou populações singulares no sentido de reduzir as desigualdades em Saúde, verificamos que as condições de acesso de alguns segmentos sociais são permeadas por um conjunto de barreiras.

A população em situação de rua no Brasil sofre diversas formas de privação com relação aos seus direitos fundamentais, entre eles, o direito ao acesso à saúde. Segundo Aguiar e Iriart (2012), questões como universalidade, equidade e cuidados higiênicos são

extremamente distantes da realidade das pessoas em situação de rua, apesar da garantia constitucional do direito à Saúde a todos por meio de medidas que visem a diminuição dos riscos de doenças e outros agravos.

Em artigo de 2015, Barros e Hallais pontuam que, apesar da existência do princípio da integralidade do SUS e de outras diretrizes da Política Nacional de Humanização, seu cumprimento ainda é cercado de um conjunto de dificuldades em que o processo de exclusão sofrido por essa população é reforçado institucionalmente por meio da burocracia seja para o agendamento de consultas, inflexibilidade dos horários de atendimento ou a exigência de documentação.

Esse conjunto de fatores nos leva à necessidade de considerar a relação estabelecida entre a população em situação de rua e as políticas sociais. Discutindo essa problemática, em particular no campo das políticas de saúde, Paiva et al. (2016) consideram que a produção de conhecimento ainda é tímida, principalmente em uma abordagem que ultrapasse o factual e considere os determinantes sociais do processo saúde-doença dessa população.

Paiva et al. (2016) pontuam que grande parte da produção científica associa o processo saúde/doença das pessoas em situação de rua a fatores biológicos/patológicos, cuja consequência é a sua culpabilização pela situação na qual se encontram ou pela patologia adquirida. As autoras destacam que as concepções de saúde para a população em situação de rua estão associadas à capacidade de estar vivo e de resistir ao cotidiano, enquanto a doença se definiria como uma forma de debilidade impeditiva do trabalho, do sustento ou de realizar tarefas simples. No entanto, apesar da importância desta discussão para se pautar ações em saúde para a população em situação de rua, ela vem sendo atendida apenas em situações emergenciais, muitas vezes por profissionais sem o devido preparo.

Apesar do decreto 7.053/2009 que institui a política nacional para a população em situação de rua definir este grupo populacional como um conjunto que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional ou regular, a lei também destaca o seu caráter *heterogêneo*. Segundo relatório da OCDE (2016), a maior parte das pessoas em situação de rua podem ser classificadas como “transitórias” e sua condição pode ser vinculada ao desemprego, domicílios com preços inacessíveis ou quebra de relacionamento. Esses indivíduos e famílias são melhor atendidos pelas políticas sociais de habitação, tanto em termos de fornecer moradia à pessoa em situação de rua, como de forma preventiva, por exemplo, apoiando famílias financeiramente antes que elas percam suas casas.

Por sua vez, as pessoas cronicamente em situação de rua (*chronically homeless*) são indivíduos que compõem uma parte menor do total de pessoas em situação de rua. No entanto,

frequentemente requerem serviços públicos intensivos e integrados além de portarem condições e necessidades complexas e, tipicamente, carecem de acesso aos serviços públicos convencionais (OCDE Social, 2016).

Uma das condições complexas que a pessoa em situação de rua pode enfrentar é o transtorno mental. Nesta dissertação, discorreremos sobre o acesso à saúde de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. Seguiremos a seguinte trajetória com o nosso objeto: no primeiro capítulo nos debruçaremos sobre a pessoa em situação de rua com transtorno mental e a sua relação com os sistemas de saúde. O segundo capítulo traçará um histórico dos recentes marcos legais de proteção à pessoa em situação de rua no Brasil, com foco nas normativas de interesse do campo da Saúde. O terceiro capítulo abordará o conceito de acesso e discorrerá sobre as diversas barreiras à saúde enfrentadas pela população em foco. O quarto capítulo trará as principais estratégias clínicas desenvolvidas buscando atender as necessidades das pessoas em situação de rua com transtorno mental. Em seguida, descreveremos a metodologia utilizada para esta pesquisa e por fim traremos o resultado e a discussão resultante de entrevistas realizadas com profissionais e gestores atuantes na rede de saúde da cidade do Rio de Janeiro a respeito da população estudada.

2 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA COM TRANSTORNOS MENTAIS

Segundo Brito (2006), os indivíduos em situação de rua com transtorno mental se caracterizam por possuírem em sua estrutura psíquica um elemento agregador ao estado de miserabilidade e desamparo em que se encontram e se particularizam a partir de sua dificuldade em estabelecer laço social, sua estética singular, e pela atividade comum de se fixar ou vagar pelo território carregados de objetos sem aparente importância. Essa figura que compõe o espaço das metrópoles, o chamado “louco de rua”, faz do espaço público seu local de moradia e de laço numa condição de exclusão naturalizada através das épocas.

A prevalência estimada de esquizofrenia em pessoas em situação de rua é de aproximadamente 11% em comparação com 1% na população em geral. A expectativa de vida para homens em situação de rua com esquizofrenia é de aproximadamente 50 anos, 25 anos a menos que a população geral norte-americana. Estar em situação de rua piora o prognóstico da esquizofrenia e adiciona um alto custo sobre o sistema de saúde (Foster et al., 2012).

Na Metrópole da Grande Paris foi estimado em 2010 que mais de um quarto das pessoas em situação de rua também sofrem de algum transtorno mental, como esquizofrenia ou transtorno bipolar. Esses indivíduos podem passar anos vivendo nas ruas ou abrigos e em processo de porta giratória nas emergências, hospitais e prisões. Ter um diagnóstico de esquizofrenia e estar em situação de rua são determinantes de frequência de acesso às alas de emergência (Loubière et al. 2020).

Segundo Folson et al. (2005), entre um quarto e um terço das pessoas em situação de rua possuem um transtorno mental grave como esquizofrenia, transtorno bipolar ou transtorno depressivo maior. Em estudo publicado no Reino Unido, Fazel et al. (2008) argumentam que, apesar de altas taxas de transtornos mentais terem sido reportados em numerosos estudos sobre pessoas em situação de rua, a grande variação das prevalências pode ser devida a diferenças encontradas na seleção das amostras, na definição dos casos e no critério diagnóstico utilizado.

Em países de baixa e média renda, de forma geral, observa-se que a população de rua com transtorno mental apresenta uma carga maior de problemas de saúde mental e física e vive de forma marginalizada, com extensa necessidade de atenção não atendida. Também se identifica a necessidade de estudos prospectivos que possam acompanhar pessoas com transtorno mental em situação de rua para que seja possível avaliar fatores que influenciam a habitação estável, resultados terapêuticos favoráveis e recuperação em saúde mental (Smartt et al., 2019).

Apesar da importância de se obter dados mais precisos sobre essa população, que

possam explicitar suas características e necessidades, isso se revela como um desafio ao poder público. Na Alemanha, segundo estimativas de órgãos não governamentais, entre 2012 e 2014, houve um aumento de 18% no número de pessoas em situação de rua, com perspectiva de aumento para os próximos anos. Dados confiáveis acerca da distribuição de transtornos mentais nessa população crescente poderiam prover aos atores políticos, corpo público e serviços psiquiátricos uma base para a melhoria das opções de suporte e cuidado (Schreiter, 2017).

No que diz respeito ao cuidado em saúde mental, Fazel et al. (2008) afirmam que o seu acesso aos serviços de saúde é mais difícil seja pela ausência de uma fonte regular de cuidados ou porque a luta diária por comida e abrigo aparece como prioritária frente aos cuidados em saúde mental. Os autores também afirmam que pessoas em situação de rua com transtorno mental grave possuem níveis mais altos de uso dos hospitais psiquiátricos e maior custo de tratamento em saúde mental em relação aos pacientes que possuem moradia. Além disso, essa população possui uma tendência maior de receber tratamento de saúde mental em serviços de tipo emergencial e menor tendência de acessar serviços de base territorial.

Borysow e Furtado (2013) apontam a existência de dificuldades das equipes de saúde em planejar estratégias para o acesso dessa população que alterem o cotidiano de seus serviços. Os autores ainda apontam como problemas a falta de organização e iniciativa das equipes para a busca ativa desses usuários, dificuldades de acolhimento adequado nos Centros de Atenção Psicossocial e de definição de estratégias para o tratamento medicamentoso.

Os profissionais da assistência social frequentemente intermediam o acesso de pessoas em situação de rua com transtorno mental aos serviços de saúde e costumam ser os primeiros a identificar algum tipo de sofrimento psíquico. Entretanto, são costumeiras as dificuldades de acesso que por vezes chegam à recusa de atendimento dos serviços. No que tange ao atendimento em saúde mental, os autores afirmam que a ausência de vínculos familiares e de rede social na vida desses sujeitos, a habitual falta de documentos, a ausência de estratégias de busca ativa e acolhimento e as limitações dos serviços de saúde mental em se adaptar às necessidades dessa população constituem algumas das barreiras de acesso à pessoa em situação de rua com transtorno mental (Borysow; Furtado, 2013).

Dessa forma, os serviços de saúde necessitam cada vez mais, ao lidar com pessoas em situação de rua, considerar a saúde mental como elemento importante de avaliação e condução clínica. Craig e Timms (2000) comentam uma série de barreiras ao acesso à saúde de pessoas em situação de rua com transtorno mental. A primeira delas se refere à barreira ao cuidado, considerando que pessoas em situação de rua estão menos propensas a acessar serviços de clínica médica geral ou psiquiátrica e mais propensas a acessar serviços emergenciais durante uma crise. A segunda é a barreira pelo sofrimento psíquico e se refere a dificuldade desses

indivíduos em se comprometerem com um tratamento. A terceira é a barreira devido à pobreza e ao isolamento. A ausência frequente de relações de parentesco ou outras formas de relação social fora dos serviços de saúde torna difícil às equipes encontrar alguém interessado no bem-estar desses indivíduos para o estabelecimento de relações de cuidado informais. Por último, os autores consideram a barreira no próprio âmbito dos serviços. A frequente ocorrência concomitante, nas pessoas em situação de rua, de transtornos mentais, abuso de substâncias e agravos físicos demanda um sistema sofisticado de avaliação e prestação de cuidados que nem sempre está disponível. Outro problema comum é que, dada a territorialização da saúde, ao se mover (ou ser movido) pelo território os indivíduos podem perder contato com suas equipes de referência, provocando um hiato na assistência (Craig; Timms, 2000).

Considerando a população em situação de rua como grupo heterogêneo e invisibilizado, o transtorno mental confere uma acentuação da exclusão vigente. As questões referentes ao cuidado em saúde mental das pessoas em situação de rua, nos serviços, nas políticas públicas e na literatura costumam ter como ênfase o uso de drogas, deixando a problemática dos transtornos mentais à margem e implicam no desafio de gerar atenção psicossocial que atenda a especificidade desse grupo. Dessa forma, existem lacunas epistemológicas e práticas que dizem respeito às características únicas no cuidado em saúde mental desse grupo que requer cuidado singular, flexível e centrado na pessoa (Pereira et al. 2021).

Conforme exposto neste capítulo, a pessoa em situação de rua com transtorno mental encontra dificuldades marcantes e diversificadas em seu acesso aos sistemas de saúde em diferentes realidades nacionais. Neste trabalho, pretende-se avaliar de forma qualitativa os meandros dessa relação no contexto da cidade do Rio de Janeiro. As vulnerabilidades múltiplas dessa população evocam a necessidade de efetivar garantias às políticas públicas. No próximo capítulo, faremos um histórico da legislação de proteção à pessoa em situação de rua no contexto brasileiro.

3 HISTÓRICO RECENTE DA PROTEÇÃO À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: MARCOS LEGAIS

O presente capítulo se encontra dividido em três tópicos distintos, constitutivos da formação e desenvolvimento de uma política nacional para a população de rua e seus desdobramentos na área da saúde. O primeiro tópico trata do contexto brasileiro anterior à política nacional e destaca eventos e marcos legais relevantes que criaram o terreno para a formação de uma política pública condizente com as necessidades e anseios da população em situação de rua. O segundo tópico trata especificamente da política nacional para a população em situação de rua e se propõe como uma breve descrição e análise crítica da normativa. O último tópico abordará as normativas para a população em situação de rua no contexto pós política nacional que sejam específicas ao campo da Saúde, nossa área de estudo.

3.1 PERÍODO ANTERIOR À POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Em setembro de 2005 foi realizado em Brasília o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua. Esse evento foi organizado e realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome por meio do SNAS (Secretaria Nacional de Assistência Social).

Nesse encontro foram reunidos diversos atores da sociedade civil e do governo em exercício para discutir os desafios relativos ao tema e para a construção de estratégias nacionalmente articuladas para a população brasileira em situação de rua. É importante destacar a atmosfera participativa desse evento, cuja proposta previa entender as demandas dirigidas ao Estado por essa população em nível nacional, conhecer as experiências municipais de atuação com população de rua desenvolvidas em cidades de mais de 300 mil habitantes e discutir o controle democrático das políticas a serem posteriormente criadas (Brasil, 2006).

Apesar da aprovação da política nacional se dar apenas quatro anos mais tarde, se via nesse momento a preparação de um terreno político que trouxesse legitimidade social às estratégias implementadas no porvir e que tais estratégias respondessem demandas reconhecidas pela população alvo.

Com relação à saúde, alguns aspectos do relatório do primeiro encontro nacional chamam atenção. Primeiramente, a presença na fala de uma participante da problemática envolvida na cisão entre o funcionamento dos serviços de saúde e a realidade das pessoas em

situação de rua, particularmente a respeito da exigência do fornecimento de endereço para atendimento em uma determinada área, o que representava um fator limitante ao acesso à saúde.

Outro destaque, particularmente importante na área da saúde mas não restrito a ela, fala sobre a precariedade do atendimento às pessoas em situação de rua, especialmente com relação à falta de capacitação das equipes.

Por fim, é frequentemente destacada a falta de articulação entre as políticas (particularmente Saúde, Habitação, Trabalho e Assistência Social) que conduz a uma baixa resolutividade dos problemas enfrentados.

Um ano após o I Encontro Nacional sobre a população em Situação de Rua foi criado pelo Decreto s/n de 25 de outubro de 2006 um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua. Este decreto foi revogado pelo decreto 10.087 de 05 de novembro de 2019 que instaurou a revogação de, conjuntamente, 399 normativas.

Presidido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o GTI contava com a participação de representantes (titulares e suplentes) dos seguintes órgãos: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério das Cidades, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Cultura e da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República.

Naturalmente, o processo de criação de uma política pública não se baseia apenas na delimitação de opiniões, demandas e necessidades da população em foco, mas também na reunião de informações essenciais sobre o grupo ao qual tal política é destinada.

Entre agosto de 2007 e março de 2008 foi realizada a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, um trabalho integrado entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) por meio da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) e da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI). Este levantamento pretendia quantificar e conhecer mais do modo de vida e das características socioeconômicas da população em situação de rua com o objetivo de embasar a formação de políticas públicas. Para tal pesquisa, foram elencadas como campo 71 cidades de todo o país, abrangendo 23 capitais e outras 48 cidades com população superior a 300 mil habitantes. Foram excluídas da pesquisa capitais que possuíam levantamentos semelhantes efetuados recentemente (São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre).

A pesquisa constatou a predominância nas ruas de pessoas do sexo masculino (82%). Pardos representavam a maioria das pessoas em situação de rua (39,1%), no entanto, essa proporção era próxima da proporção no conjunto da população brasileira (38,4%). No entanto,

existia menor proporção daqueles que se declararam brancos em situação de rua (29,5%) se comparado ao conjunto da população brasileira (53,7%) e maior proporção de pretos em situação de rua (27,9%) se comparado a proporção dos que se declararam pretos na população em geral (6,2%).

A maior parte das pessoas em situação de rua não havia concluído o ensino fundamental (63,5%) e 17,1% não sabia ler e escrever. Quase a totalidade não estudava naquele momento (95%).

Ao todo, 30% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde, os mais citados foram: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), diabetes (5,4%) e HIV/AIDS (5,1%). É importante ressaltar que nessa pesquisa não foi utilizada nenhuma forma de critério diagnóstico, foi aceita a declaração do participante a respeito de sua condição de saúde. Também se destaca que pessoas em situação de rua que no momento da pesquisa estavam internadas em hospitais psiquiátricos não foram entrevistadas na pesquisa nacional por não estarem em condições de saúde mental de responderem ao questionário proposto (Brasil, 2009).

3.2 A POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A Política Nacional para a População em Situação de Rua foi aprovada em dezembro de 2009 e prevê uma série de providências intersetoriais, além de definir princípios, diretrizes e objetivos gerais da política. Um dos principais pontos do novo marco legal foi estabelecer de forma clara uma definição de população em situação de rua:

“Para fins deste Decreto, considera-se população em situação de rua o 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).

O decreto que estabelece a Política Nacional determina que a mesma deve ser implementada de forma descentralizada e articulada entre a União e os demais entes federativos, dessa forma, as unidades da federação possuem autonomia para gerir a Política Nacional no âmbito dos territórios que a ela aderirem. O documento também autoriza o estabelecimento de convênios com entidades públicas e privadas sem fins lucrativos para o desenvolvimento e execução de projetos que beneficiem a população em situação de rua.

Entre os objetivos da Política Nacional destacam-se a garantia de acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram diversas políticas públicas, entre

elas, a de Saúde. Além disso, prevê o estabelecimento de meios de articulação SUS - SUAS com vista à qualificação da oferta de serviços (Brasil, 2009).

Foram revogados cinco artigos da Política Nacional que diziam respeito ao Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua pelo decreto 9.894 de 27 de junho de 2019. O novo decreto reconfigura a composição do Comitê de acordo com a organização ministerial do governo Bolsonaro, transfere a coordenação do órgão da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República para o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (do qual torna-se órgão consultivo) e diminui o número de representantes da sociedade civil (de nove para seis).

3.3 NORMATIVAS POSTERIORES À POLÍTICA NACIONAL

Em 24 de Dezembro de 2009, um dia depois da publicação do decreto que lançou a Política Nacional, foi decretada a Portaria N° 3.305 que institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Coordenado pelo representante da secretaria de gestão estratégica e participativa do ministério da saúde, o Comitê possui caráter técnico e visa a elaboração, acompanhamento e avaliação de ações que promovam a articulação entre as diferentes instâncias do SUS, assim como de ações intersetoriais relacionadas à saúde da População em Situação de Rua. Propor ações que garantam o acesso à atenção à saúde dessa população junto aos serviços do SUS é uma das atribuições do Comitê.

Em janeiro de 2011 foi publicada a Portaria 122 que define diretrizes de organização e funcionamento do Consultório na Rua (CNAR), pensado como componente de atenção básica da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Os CNAR são então definidos como equipes multiprofissionais itinerantes que executam ações de atenção básica com foco nas necessidades de saúde da população em situação de rua.

Em novembro de 2012 a Comissão Intergestores Tripartite lança a Resolução N° 5/CIT que estabelece diretrizes para a organização de estratégias e ações por meio de planos operativos para implementação de ações em saúde para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde. No entanto, esse documento foi inteiramente revogado pela Resolução N° 2 de 27 de Fevereiro de 2013, elaborada também a partir da CIT.

A nova resolução da CIT apresenta-se como uma orientação de enfrentamento de desigualdades no âmbito do SUS com relação à população em situação de rua (PSR). Prevê como objetivos a garantia de acesso à saúde, a redução dos riscos à saúde e a melhoria dos

indicadores de saúde e qualidade de vida da população em situação de rua. Considera que a operacionalização do enfrentamento das iniquidades no SUS para a população em situação de rua se dará mediante articulação intra e intersetorial.

A implantação das estratégias para redução das iniquidades no SUS para a população em Situação de Rua presentes na Resolução N° 2/CIT devem seguir cinco eixos.

O primeiro eixo faz referência a inclusão da População em Situação de Rua (PSR) no escopo das redes de atenção à saúde a partir das seguintes ações e estratégias: implantação de equipes de consultórios na rua, garantia de acesso à atenção domiciliar em espaços de acolhimento institucional, capacitação permanente das equipes de urgência e emergência e a inclusão da PSR no escopo das políticas de atenção à saúde para grupos específicos (mulher, idoso, etc.).

O segundo eixo diz respeito à promoção e vigilância em saúde para a PSR, cujas ações são: intensificação da busca ativa e tratamentos supervisionados para o controle de doenças infecciosas, controle e redução de incidência de doenças infecciosas e garantia de acesso às vacinas disponíveis no SUS a partir de estratégias diferenciadas de ação que alcancem a população alvo.

O terceiro eixo trata da educação permanente na abordagem à saúde da PSR e se estrutura segundo as seguintes ações: capacitação e sensibilização de profissionais de saúde para o atendimento da PSR, inserção da temática PSR no módulo de educação à distância (EAD) para cursos de formação voltados para profissionais de saúde, fomento à pesquisas com focos em prioridades de saúde da PSR e elaboração de material informativo para a PSR sobre o SUS e suas redes de atenção à saúde.

O quarto eixo aborda o fortalecimento da participação e controle social. As estratégias e ações referentes a esse eixo são: apoio à formação e sensibilização de lideranças do movimento social da PSR em relação ao SUS, articulação com gestores para fomento à capacitação de conselheiros de saúde sobre a temática saúde da PSR, produção e publicação de mídias sobre a saúde da população em situação de rua voltadas para gestores e profissionais, apoio à encontros regionais sobre saúde da PSR e a instituição de Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua ou referência técnica nas instâncias estaduais, distrital e municipais do SUS.

Por fim, o quinto eixo de ações e estratégias para redução das desigualdades em saúde para a população em situação de rua abrange o monitoramento e avaliação das ações para a PSR com base nas iniciativas previstas do primeiro ao quarto eixo anteriormente descritos.

Em novembro de 2017 foi publicada a Resolução Nº 31/CIT (também chamado II Plano Operativo) que atualiza a Resolução Nº 2/CIT para o triênio que se iniciava (2017 à 2019). Os cinco eixos estruturantes da resolução anterior se mantiveram. No entanto, especificidades quanto as competências de cada ente federativo foram incorporadas nessa nova versão.

Quanto a União, é estabelecido enquanto responsabilidade: apoiar as outras unidades federativas quanto a implementação do II Plano Operativo, promover a inclusão das estratégias de implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua no Plano Nacional de Saúde e no respectivo Plano Plurianual (PPA), assim como monitorar as ações desse plano a partir do Relatório Anual de Gestão e propor a pactuação de instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação do II Plano Operativo.

Por sua vez, são competências da gestão estadual do SUS: articular a implementação das estratégias do II plano operativo para a população em situação de rua em âmbito estadual e coordenar a pactuação Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e promover a inclusão das estratégias do II Plano Operativo no Plano Estadual de Saúde, assim como monitorar as ações desse plano a partir do Relatório Anual de Gestão de acordo com necessidades, demandas e realidades estaduais/regionais.

Por fim, compete à gestão municipal do SUS quanto a redução de iniquidades em saúde para a população em situação de rua de acordo com o II Plano Operativo: articular a implementação das estratégias presentes no plano em âmbito municipal, bem como monitorar as ações do plano a partir do Relatório Anual de Gestão em consonância com realidades, demandas e necessidades locais.

4 ACESSO E BARREIRAS À SAÚDE DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA COM TRANSTORNOS MENTAIS

Segundo Travassos e Martins (2004), o conceito de Acesso possui sentidos e terminologias variáveis, dependendo do autor e do tempo de formulação. O enfoque também é um ponto de discussão, seja ele centrado nas características dos indivíduos ou da oferta de serviços. Outro tema de discordância gira em torno da avaliação do acesso, se ela deve se concentrar nos resultados dos sistemas de saúde ou na relação entre os vários elementos que compõem o sistema.

Apesar da grande variabilidade descrita, as autoras pontuam ser possível traçar algumas linhas de concordância entre os formuladores do conceito. Prevalece a noção de que acesso é “uma dimensão dos sistemas de saúde associada à oferta”. Também se verifica a tendência geral de deslocamento do conceito de acesso com ampliação do escopo, da entrada nos serviços para os resultados recebidos quanto ao cuidado.

Embora seja grande a diversidade inerente ao conceito de acesso, para efeito desta dissertação, ele será utilizado como base para as discussões sobre as barreiras enfrentadas por pessoas em situação de rua com transtorno mental no que diz respeito à entrada em serviços e programas de saúde e a continuidade do cuidado. Neste capítulo, abordaremos características do conceito e as principais barreiras descritas por autores sobre a população estudada.

Em sua reflexão sobre o conceito de Acesso, Sanchez e Ciconelli (2012) consideram que ao longo do tempo ele passou a incorporar dimensões menos tangíveis do sistema de saúde e da população que o utiliza. Da mais à menos tangível, essas dimensões são: a *disponibilidade* (existência ou não do serviço de saúde no local e momento adequado), o *poder de pagamento* (relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos), a *informação* (grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde) e a *aceitabilidade* (diz respeito a natureza dos serviços prestados e o modo como são percebidos pelos indivíduos e comunidades).

De acordo com essas autoras, as discussões em torno do conceito de Acesso têm se aproximado cada vez mais dos temas da justiça social e da equidade em termos do impacto das desigualdades sobre o acesso nos diferentes níveis de atenção. Para além das iniquidades políticas, de renda ou estratificação social que circundam o sistema de saúde, desigualdades também podem surgir a partir das barreiras criadas pelos sistemas de saúde, que podem gerar problemas quanto a disponibilidade, qualidade e custo dos serviços ou mesmo no exercício da

prática clínica (Sanchez; Ciconelli, 2012).

As autoras também destacam que, na maior parte das análises e pesquisas, o problema de acesso / equidade em saúde precisa ser confrontado através de ações intersetoriais e transversais a todas as áreas de governo e não somente ser circunscrito ao nível de atuação dos sistemas de saúde (Sanchez; Ciconelli, 2012).

Sobre a intersetorialidade, Luz e Serafino a colocam como uma forma de garantir a integralidade do cuidado à pessoa em situação de rua, uma vez que as características multidimensionais e complexas dos problemas sociais requerem sinergia intersetorial para se alcançar objetivos comuns. Isso requer a realização de ações transversais articuladas por meio de diversas políticas, programas e projetos desenvolvidos nos territórios de vida da população em situação de rua (Luz; Serafino, 2015).

Com relação aos usuários em situação de rua com transtornos mentais, observa-se que a questão da intersetorialidade se apresenta enquanto modalidade de acesso aos serviços de saúde uma vez que, segundo Borysow e Furtado (2013), a Assistência Social frequentemente é porta de entrada para os serviços públicos e para a rede de saúde mental em particular, quando se trata dessa população. Os autores também pontuam que a dificuldade desses usuários em acessar diretamente os serviços de saúde faz com que os serviços da assistência social hipertrofiem seu papel junto à clientela, além de privar a população de rua do atendimento e da reabilitação psicossocial que necessitam.

A questão do acesso nos sistemas de saúde pode ser tomada como uma questão de oferta uma vez que designa o nível de serviço que o sistema de saúde oferece ao indivíduo. Dessa forma, a discussão sobre esse conceito tende a ser bastante localizada. Enquanto nos EUA falar sobre acesso pode designar apenas uma questão de cobertura ou não por um seguro saúde (*insurance*), em países europeus, onde tecnicamente todos os cidadãos estão cobertos, esse pode ser um conceito mais sutil (Goddard; Smith, 2001).

Uma importante dificuldade nos estudos de acesso está relacionada à tomada de taxas de utilização de serviços como uma representante do acesso enquanto existe evidência de que o nível de utilização de certos procedimentos ambulatoriais não corresponde ao nível de necessidade entre os grupos sociais que se encontram em maior desvantagem. Mesmo quando há evidência concreta da existência de iniquidades no acesso em saúde é difícil que dela derivem implicações políticas devido à falta de informação sobre suas causas, o que resulta em incertezas quanto a qual direção os formuladores de políticas devem seguir. Pesquisas qualitativas são usualmente necessárias para apontar as causas das iniquidades em saúde, no

entanto, elas tendem a ser custosas e de baixa escala (Goddart; Smith, 2001).

É princípio da maior parte das democracias modernas que o acesso à saúde deve ser equitativo independentemente de características individuais (renda, gênero, grupo social, etc.), o que pode ser resumido no princípio da *equidade horizontal*: acesso igual para necessidades iguais. No entanto, em vários países do mundo, disparidades socioeconômicas se colocam enquanto barreiras à equidade representando uma grande limitação à melhora das condições de saúde das populações (Glorioso; Subramanian, 2014).

No Brasil, a estratégia saúde da família (ESF) é um importante componente na promoção do acesso da população aos serviços de saúde. A ESF, em sua inserção no território, favorece a criação de vínculos, identifica problemas e prioriza intervenções, individualiza necessidades e permite a organização de processos particulares de cuidado. No entanto, considera-se que o padrão de risco é desvantajoso para grupos sociais menos privilegiados, como a população em situação de rua. Isso representa obstáculos para a efetiva garantia do acesso dessa população (Carneiro Junior et al., 2010).

Diversos obstáculos estão presentes à pessoa em situação de rua na concretização do seu direito à saúde. Nessa dissertação, damos foco às barreiras de acesso. Segundo Davies e Wood (2018), a população em situação de rua enfrenta barreiras de acesso de três tipos: pessoais, práticas e de relacionamento.

Necessidades concorrentes e prioridades são barreiras fundamentais ao acesso de pessoas em situação de rua. Necessidades de saúde costumam ser postas em segundo plano quando demandas urgentes de alimentação e abrigo se apresentam. Doenças e saúde debilitada são, em si mesmas, barreiras para o acesso à saúde, especialmente as doenças mentais. Pessoas com depressão ou transtornos psicóticos frequentemente não apresentam motivação para comparecer às consultas, terão suspeitas com relação a outras pessoas e verão todo o processo de procura por tratamento como ansiogênico. Os autores consideram esse grupo de obstáculos concernentes ao próprio paciente como barreiras pessoais.

As barreiras práticas dizem respeito à relação com os serviços de saúde e com os insumos que deles provêm. É particularmente difícil para pessoas em situação de rua o seu acesso físico aos serviços de saúde quando isso envolve grandes deslocamentos e uso do transporte público. Contato com esses pacientes para lembrá-los de consultas ou comunicação de mudanças de horário é outra dificuldade uma vez que costumam não possuir telefone ou endereço para correio. A segurança com relação à medicação é outro grande problema: muitas dessas pessoas possuem seus pertences (inclusive medicações) roubadas ou confiscadas pelas autoridades. Custos adicionais referentes a utilização de serviços de saúde, por menores que

sejam, podem também configurar barreiras ao acesso.

O último grupo de barreiras citado pelos autores são as barreiras de relacionamento. A estigmatização da procura por ajuda com relação a problemas mentais ou de abuso de substâncias pode representar uma dificuldade adicional ao acesso uma vez que esses problemas são altamente prevalentes entre pessoas em situação de rua. Essas pessoas podem se sentir estereotipadas ou julgadas, o que torna complicada a relação médico-paciente, independentemente das boas intenções do clínico (Davies, Wood; 2018).

As experiências relacionadas ao estigma são uma das grandes barreiras ao acesso de pessoas em situação de rua com transtorno mental. Nos EUA, o maior problema para pessoas em situação de rua que também vivenciam um transtorno mental grave é o desagrado com que o país os enxerga. A sociedade norte-americana tende a entender a situação de rua como o resultado de deficiências de cunho pessoal, como o transtorno mental. Os norte-americanos mantêm crenças de que pessoas com transtornos mentais são perigosas, incompetentes, puníveis, vergonhosas e dignas de culpa. A combinação dessas crenças combinadas com a percepção geral das pessoas em situação de rua como desviantes, disfuncionais, brutas e bandidas não deixa surpresa quanto ao fato dos Estados Unidos não terem escolhido implementar políticas melhores de apoio a essa população (Gorfido, 2020).

Na França, um artigo de Loubière et al. (2020) sugere que possuir um histórico de situação de rua e ser diagnosticado com esquizofrenia são os principais determinantes de não utilização de serviços territoriais entre indivíduos desprovidos de qualquer forma de moradia. Algumas razões concorrem para esse resultado. Esse grupo de pessoas pode encontrar mais barreiras acessando serviços territoriais como a não procura devido ao transtorno mental em si mesmo, necessidades concorrentes e a falta de seguro saúde ou documento de identidade. Eles também podem encarar estigma social ou rejeição de profissionais públicos ou privados, o que pode desencorajá-los a procurar ajuda em serviços de saúde ou consultórios médicos.

Muitos pacientes com esquizofrenia possuem grande dificuldade em acessar os serviços de saúde. Existem grandes estigmas voltados às pessoas com transtornos mentais, especialmente para aqueles cujas características mais evidentes da esquizofrenia estão presentes. Atitudes da população civil tem impacto no cuidado de pessoas em situação de rua com esquizofrenia em muitos aspectos: a discriminação leva à marginalização, o que amplifica o isolamento social. O apoio da sociedade é também vital para a sobrevivência de programas de acesso ampliado uma vez que o financiamento desse tipo de programa é público. A falta de coordenação entre os programas e disparidades internas relativas ao sistema de saúde criam mais obstáculos para o tratamento de pessoas em situação de rua com esquizofrenia (Foster et

al. 2012).

Em estudo sobre transtornos mentais, utilização de serviços e barreiras de cuidado, Krausz et al. (2013) estipularam como razões percebidas pelos participantes para o não recebimento do tratamento necessário os fatores seguintes: problemas relacionados à situação de rua (51,5%), conexão fraca ao sistema de saúde (39,1%), transtorno mental ou adicção (31,4%) e experiências negativas prévias com o sistema de saúde (18,9%). Os problemas relacionados à situação de rua incluíram situações comuns vivenciadas por aqueles sem habitação fixa como não possuir um telefone ou necessidades concorrentes ao cuidado (tais como encontrar alimentação e abrigo).

No mesmo trabalho, os autores constataram que apesar de um número elevado de participantes (92,8% entre 500 pessoas de três diferentes cidades canadenses) tenham alcançado critério diagnóstico para ao menos um transtorno no DSM-IV, apenas 14,9% tinham visto um psiquiatra e 12,7% haviam tido contato com uma equipe de saúde mental no ano anterior a pesquisa. Entre os pesquisados, 16,4% dos participantes apresentaram risco moderado à alto de suicídio embora apenas 2,4% tenham tido acesso a serviços de prevenção à crise ou ao suicídio em um ano.

Os pesquisadores ressaltam que para melhorar as condições de saúde dessa população é necessário construir e adaptar a capacidade do sistema em tratar necessidades em saúde mental e adições de acordo com as necessidades específicas das pessoas em situação de rua. Como os determinantes de saúde da população em situação de rua variam de acordo com características demográficas, esse processo precisa considerar uma compreensão sofisticada da diversidade presente neste grupo (Krausz et al. 2013).

Em estudo sobre a percepção de utilização de serviços entre pessoas que se encontram atualmente ou estiveram anteriormente em situação de rua com transtornos mentais, Kerman et al. (2019) identificaram cinco dimensões associadas com experiências positivas ou negativas em relação aos serviços e que podem nos ajudar a delimitar as questões que impactam o acesso à saúde dessa população.

A primeira dimensão é a própria *acessibilidade dos serviços* que inclui diversos componentes como elegibilidade, informação e direcionamento, capacidade dos programas, proximidade e capacidade de pagamento. A elegibilidade foi o subtema mais proeminente da acessibilidade uma vez que banimento de serviços e recusas gerais foram uma experiência negativa comum para essa população. Serviços que oferecem direcionamento e informação incrementam a acessibilidade e reduzem a sensação do indivíduo de se sentir perdido dentro do sistema de saúde. Isso requer dos provedores de serviços de saúde terem conhecimento não

apenas das suas próprias unidades, mas de outros serviços que estejam disponíveis.

Quanto a proximidade, serviços que se localizam próximos à população atendida ou que iriam fisicamente de encontro aos usuários são percebidos positivamente especialmente quando os profissionais se dispõem a coordenar ou acompanhá-los aos programas uma vez que isso diminui a probabilidade de faltar às consultas.

A *humanização no cuidado* é a segunda dimensão destacada e diz respeito à abordagem com a qual o cuidado é conduzido. Regras ou políticas organizacionais rígidas incluindo ações inflexíveis prescritas por médicos ou a priorização do ponto de vista organizacional em detrimento das opiniões dos usuários como resposta a possíveis desacordos entre eles são vistas negativamente. As características dos profissionais da ponta também são ressaltadas. Trabalhadores podem adotar atitudes negativas em relação ao usuário como serem impessoais, culpabilizadores e desrespeitosos.

Os autores colocam como terceira dimensão a *percepção e relacionamento com outros usuários*. A experiência individual com relação a um serviço pode ser influenciada pela maneira como a coletividade também está os utilizando. Questões como a segurança da unidade podem impactar a disponibilidade em acessar um determinado espaço. As relações estabelecidas entre os usuários podem ter um resultado positivo quando inclui noções de amizade, senso de pertencimento, solidariedade e a sensação de que outras pessoas também atendidas no mesmo programa possuem um *background* similar.

Como quarta dimensão surgem aspectos relativos à *ambiência e espaço físico* dos serviços/programas. A falta de asseio dos espaços de descanso, sono ou das áreas de higienização provocam experiências negativas a essa população e podem vir acompanhadas de um sentimento de desvalor relacionado a si mesmo. A atmosfera também impacta nesse aspecto uma vez que ambientes calmos, seguros, silenciosos e com algum elemento de privacidade são melhor percebidos.

A última dimensão destacada pelos autores diz respeito aos *resultados de utilização dos serviços*. A relação entre necessidades básicas satisfeitas ou insatisfeitas pode ser um determinante do acesso e da continuidade do cuidado ao paciente: serviços que ajudaram a estabilizar ou aliviar condições de saúde física, mental ou de uso de substâncias são vistos positivamente ao passo que os serviços que não provém tratamento e cuidado suficiente pioram o quadro de saúde do usuário, causam descontinuidade de tratamento e evitação futura do serviço (Kerman et al. 2019).

O acesso à saúde da pessoa em situação de rua apresenta muitas barreiras que podem ser associadas tanto ao modo de vida do indivíduo, aos estigmas associados e suas condições

de sobrevivência assim como barreiras internas ao próprio sistema de saúde, seja internas às unidades (como recusas e banimento) ou no trajeto entre serviços. O próximo capítulo se debruçará sobre algumas estratégias em vigor para diminuir essas barreiras.

5 LOUCURA E RUA: ESTRATÉGIAS DE UMA CLÍNICA TERRITORIALIZADA

O presente capítulo se debruçará sobre algumas das diferentes estratégias utilizadas com o objetivo de produzir acesso e continuidade de cuidados em saúde para pessoas em situação de rua. Iniciaremos com algumas estratégias gerais considerando a atenção em saúde da população em situação de rua como um todo e, em seguida, abordaremos especificamente as estratégias mais pesquisadas e utilizadas tendo em vista a população-alvo desta pesquisa: pessoas em situação de rua com transtorno mental.

Essas estratégias são: o Case Management, o Assertive Community Treatment (ACT), os Outreach Teams e o Housing First. É importante ressaltar que essas estratégias se diversificam à medida que são postas em prática nos diferentes contextos e países nos quais são implantados. Portanto, o objetivo deste capítulo é transmitir características gerais dessas abordagens que podem ser identificadas a partir da pesquisa bibliográfica sobre o tema.

A criação de serviços e programas que atendam as necessidades em saúde de pessoas em situação de rua depende da estruturação de planos que abarquem fatores múltiplos derivados das condições sanitárias da população-alvo, condições socioeconômicas, psicossociais e institucionais, relativas à própria organização da saúde.

Segundo Wright e Tompkins (2006), considerando as diversas barreiras derivadas do processo de marginalização sofrido por pessoas em situação de rua, diferentes modelos de oferta de serviços de saúde têm sido descritos.

O primeiro modelo identificado pelos autores é o da medicina de família convencional que toma uma função estendida na provisão de ações de atenção básica a pessoas em situação de rua (também identificado como medicina de família de interesse especial). Essa seria a única opção viável para corresponder as necessidades em saúde da população em situação de rua em áreas rurais.

O segundo grande modelo é o da atenção básica especializada, que registra apenas pessoas em situação de rua e que é encontrada sobretudo em grandes metrópoles. No Reino Unido, esse modelo tornou-se o mais comum e argumenta-se que ele tem capacidade de prover cuidado mais focado e intensivo em casos complexos onde a integração à saúde da família tradicional poderia ser problemática. Além disso, esse é um ambiente eficaz para a oferta de cuidados iniciais e reabilitação precoce de forma que, uma vez que a condição aguda do paciente em situação de rua é estabilizada e ele passa a possuir maior familiaridade com a atenção primária, eles poderiam ser encorajados a se registrarem na saúde da família tradicional.

Os autores também identificam outros modelos minoritários que se baseiam na provisão de cuidados primários às pessoas em situação de rua em hospitais de média complexidade. Os modelos variam entre uma simples unidade centralizada até todos os departamentos hospitalares envolvidos na oferta de cuidados. Uma característica que lhes parece central nesses programas é o envolvimento de assistentes sociais no trabalho em saúde efetuado. (Wright; Tompkins, 2006)

Não obstante, a respeito do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua, a forte presença hospitalar tem sido criticada, especialmente no que diz respeito aos setores de urgência e emergência que representam uma alta carga aos sistemas de saúde. Davies e Wood (2018) afirmam que pessoas em situação de rua estão entre os usuários mais frequentes dos setores de emergência e possuem estadia de longa duração por problemas que, não raro, seriam atendidos de forma mais eficaz na atenção básica, representando um custo evitável ao sistema. Apesar de reconhecerem a importância do setor hospitalar em lidar com questões agudas de saúde da população em situação de rua, os autores criticam o hospital enquanto locus privilegiado de tratamento das multimorbidades crônicas que frequentemente caracterizam a saúde desses indivíduos e apontam seis componentes que caracterizariam melhores práticas no atendimento em saúde dessa população.

Considerando que solucionar a ausência de moradia é, em si, uma forma importante de cuidado em saúde, o primeiro componente destacado pelos autores é a *habitação estável*. Eles afirmam que as moradias assistidas são uma importante ferramenta em saúde, capaz de reduzir as entradas de emergência no sistema, assim como longas estadias para cuidado psiquiátrico. Uma das principais estratégias nesse sentido é o modelo Housing First que será discutido mais detalhadamente adiante neste capítulo.

O segundo componente é a *continuidade do cuidado* que tende a ser impossível em modelos tradicionais de atenção básica de base territorial, uma vez que esses pacientes costumam se mover de uma parte à outra com muita frequência. A fragmentação do cuidado dessa população pode ser reduzida por equipes especializadas de coordenação de cuidado (care management) capazes de circular o quanto possível através do sistema de saúde e que possuam relações estabelecidas com esses pacientes.

Baseados em evidências do Reino Unido, Estados Unidos e Austrália, os autores pontuam que médicos com foco em populações em situação de rua podem aumentar o engajamento dos pacientes, sendo o terceiro componente *médicos de atenção básica especializados em população em situação de rua*.

O quarto componente pode ser chamado de *Alcance Intra-hospitalar* e diz respeito ao aumento de acesso da população em situação de rua à atenção básica a partir da introdução de equipes básicas ao setting hospitalar realizando a conexão desses pacientes aos serviços comunitários. A internação é vista então como ponto de oportunidade de entrada no sistema de saúde de forma organizada por meio de uma equipe que monta planos de cuidado que vão além do motivo imediato de apresentação do paciente no hospital e que podem realizar a ponte desse paciente com o cuidado realizado no território. Esse cuidado coordenado é dependente de um rigoroso planejamento de alta que, no caso da população em situação de rua, é especialmente importante devido ao seu constante processo de porta giratória com os hospitais.

Os autores colocam como quinto componente as estratégias de *Alcance Externo* (Outreach). Esse componente aglutina uma série de ações e serviços de saúde voltados à população em situação de rua realizado fora das dependências de uma unidade de saúde como consultórios na rua, atendimentos em abrigos, acomodações de transição e casas permanentes recentemente alocadas para alguém que estava em situação de rua. Sendo uma das estratégias mais utilizadas para a população de rua com transtorno mental, falaremos mais delas adiante.

Por último, o sexto componente são os *Centros de recuperação médica* que se tratam de espaços de abrigamento para pessoas em situação de rua que estão doentes demais para retornarem às ruas mas não vulneráveis o suficiente para que se justifique sua permanência nos hospitais. Isso diminui as readmissões por altas em que o paciente perde seu leito nos hospitais por ter apresentado melhora clínica mas se apresentam ainda doentes demais para o contexto vivido nas ruas e aumenta o sucesso de procedimentos eletivos e operações cuja preparação costuma ser feita tradicionalmente em casa (como procedimentos intestinais).

Os modelos e estratégias anteriormente abordados são utilizados com a população em situação de rua como um todo. No entanto, algumas práticas possuem uma especificidade maior e são mais pesquisadas com relação a sua eficácia em satisfazer necessidades características do subgrupo de pessoas em situação de rua com transtorno mental.

A primeira a ser descrita e que abrange uma multiplicidade de formas é o *Case Management* (Gerenciamento de caso). Nesta prática, um profissional (case manager) é o responsável pelas interações no território de um paciente em relação ao seu acesso aos recursos psiquiátricos, clínicos e sociais presentes em uma determinada comunidade realizando uma função de coordenador do cuidado. Duas modalidades de Case Management agrupam as características terapêuticas dessa estratégia. A primeira é o case management de agenciamento no qual os profissionais são responsáveis por articular os serviços da rede e representá-los na comunidade. A segunda é o case management clínico em que os profissionais possuem maior

qualificação e além das funções de agenciamento da rede e do território também exercem função de terapeutas primários. (Machado et al., 2007).

Em um estudo recente, Kerman et al. (2019) analisaram preditores de recuperação em saúde mental utilizando uma amostra de pessoas em situação de rua com transtornos mentais. As dimensões que se mostraram como as mais fortes preditoras de recuperação em saúde mental foram “Saúde” e “Comunidade”: a menor severidade dos sintomas psiquiátricos, menor número de condições crônicas, maior envolvimento em atividades comunitárias e um maior senso de pertencimento à comunidade foram relacionadas à uma maior recuperação em saúde mental para essa população.

Dessa forma, espera-se que serviços que apresentem uma proposta de fortalecimento das relações sociais desses indivíduos e aumentar seu envolvimento comunitário promovam recuperação em saúde mental. O Case Management pode então ser associado a facilitar o acesso desses sujeitos aos serviços, aumentar a expressão de demanda por ajuda, prover direcionamentos e informações necessárias para a saída das ruas. Os case managers também podem melhorar o processo de recuperação ao proverem aos pacientes uma relação de suporte emocional. (Kerman et al., 2019)

Um outro programa que visa a interação do paciente com transtorno mental na comunidade que tem sido utilizado com pessoas em situação de rua é o *Assertive Community Treatment* (ACT). Esse programa se dirige a pessoas com doença mental crônica e grave, que possuem histórico de repetidas internações e dificuldade em manter um convívio comunitário estável. Observa-se em pacientes de ACT diminuição no número e duração de internação e menor frequência de uso de emergências psiquiátricas. (Machado et al., 2007).

O ACT se distingue dos métodos tradicionais pelas seguintes características: equipe multidisciplinar, número baixo de pacientes por terapeuta (o que permite contato mais intenso), serviços baseados no território que são ofertados diretamente e cobertura 24 horas. Percebe-se nos pacientes em programas de ACT melhores resultados na diminuição de sintomatologia psiquiátrica embora seja um programa mais custoso que outros de case management. Também se verifica nesses pacientes uma maior estabilidade habitacional, uma vez que o programa oferece suporte social necessário para pessoas com transtornos mentais graves manterem suas casas. (Bender; Coldwell, 2007).

Pessoas em situação de rua são significativamente menos propensas a acessar serviços formais de saúde mental no território, possuem uma taxa baixa de uso de medicação psicotrópica embora, ao mesmo tempo, possuam uma proporção alta de uso do setor de emergências. Isso indica a necessidade de uma abordagem diferenciada de oferta de cuidado

em saúde mental. As estratégias de Alcance Externo (*Outreach*) possuem a evidência mais forte em prover suporte à pessoas com transtorno mental vivendo em situação de rua. O Assertive Outreach diz respeito a colocação de trabalhadores de saúde mental em locais frequentados por pessoas em situação de rua como espaços de entrega de quentinhas ou acomodações de crise. Isso os permite trabalhar *in loco* em conjunto com equipes de assistência social para gradualmente construir relações terapêuticas com clientes que não estejam bem psicologicamente, prover suporte direto e posteriormente transferi-los para um cuidado continuado. Em estudo realizado na Austrália verificou-se que, embora posto em prática com um financiamento relativamente mínimo, a estratégia de conjugar trabalhadores da assistência social com os da saúde mental em serviços frequentados pela população de rua promoveu uma capacidade maior dos profissionais da assistência em lidar com questões de saúde mental, um número significativo de pessoas em situação de rua conseguiram se engajar em cuidados em saúde mental e permitiu prevenção da escalada sintomática e subsequente internação psiquiátrica (Lee et al, 2010).

Em estudo realizado por Canavan et al. (2012) em 14 capitais europeias sobre provisão de serviços e barreiras ao cuidado para pessoas em situação de rua com transtorno mental se percebeu uma variabilidade grande entre os países em termos de provisão de Alcance Externo. Essa provisão, diretamente nas ruas, foi uma das características sublinhadas pelos especialistas entrevistados como uma das formas de superar as barreiras à essa população, em conjunto com: a melhoria da comunicação entre saúde mental e serviços para pessoas em situação de rua, provisão de equipes de saúde mental especializadas trabalhando com essa população e auxílio aos clientes em lidar com problemas de moradia.

Dessa forma, foi identificada uma necessidade maior de estratégias de alcance externo no contexto europeu uma vez que esse tipo de prática permite engajar em tratamento pacientes que estão severamente comprometidos, menos propensos a buscar tratamento e que levam mais tempo para se conectar aos serviços tradicionais (Canavan et al., 2012).

A última estratégia que gostaríamos de descrever neste capítulo por sua relevância para pessoas em situação de rua com transtorno mental é o *Housing First*, o mais discutido modelo na Europa para combater a falta de moradia. A adoção desse modelo acompanha uma mudança de perspectiva em que as explicações de cunho individualistas para o fenômeno *homelessness* (como a presença no indivíduo de doenças mentais) tem dado espaço para interpretações multifatoriais em que fatores estruturais são tidos enquanto categorias de análise, como por exemplo a estruturação do mercado de moradias, desemprego e discriminação. Uma das ideias fundamentais do modelo *Housing First* é separar o tratamento da habitação (Tsemberis, 2011).

Isso é especialmente relevante ao considerarmos pessoas em situação de rua que portam algum tipo de sofrimento mental. O modelo Housing First tem sido considerado efetivo e menos custoso para pessoas com transtornos psiquiátricos cronicamente em situação de rua. Alguns locais de replicação do modelo demonstram uma retenção de moradia superior a 80% em períodos superiores a 12/18 meses. (Stefancic, Tsemberis; 2007).

A estratégia Housing First é uma intervenção baseada em evidência que envolve a provisão de uma habitação subsidiada e suporte ao indivíduo sem qualquer pré-condição para elegibilidade (como abstinência ou envolvimento prévio com serviço de saúde mental. Pesquisas realizadas com o modelo demonstraram que ele é efetivo em promover estabilidade habitacional às pessoas com transtorno mental. Também é destacado que a adoção dessa estratégia modifica padrões de uso de serviços como redução da utilização de abrigos, redução de uso de unidades de saúde mental (emergências e hospitalizações), promove o uso mais apropriado de recursos menos intensivos de saúde mental que se adequam melhor às necessidades individuais e redução de prisões e encarceramentos. O suporte aos moradores é provido por equipes ACT (Assertive Community Treatment) ou case managers. Dessa forma, para diminuir a dependência de pessoas em situação de rua com transtorno mental de serviços emergenciais e institucionais, o objetivo primário dos serviços de habitação/saúde mental seria garantir a estabilidade habitacional desses indivíduos (Kerman et al., 2018).

O primeiro estudo multicêntrico feito a partir desta abordagem com pessoas com transtorno mental foi tido como favorável. Embora os sujeitos da pesquisa conjugassem variadas formas de exclusão além do transtorno mental (pobreza, baixa escolaridade e limitado histórico de trabalho) a vasta maioria (84%) foi capaz de manter sua habitação por um período superior a 12 meses. É interessante notar que uma das características que definiram os provedores de Housing First incluídos no estudo foi seu compromisso em prestar serviços a pessoas com transtornos mentais crônicos em situação de rua, sem cobrar dos participantes sobriedade ou conformidade a um tipo de tratamento. (Pearson, Montgomery, Locke; 2009).

Descrevemos neste capítulo as práticas mais importantes para a garantia de acesso e continuidade do cuidado em saúde de pessoas em situação de rua com transtorno mental. É importante destacar que várias dessas estratégias possuem similaridades ou são postas em prática conjuntamente. Isso ressalta a necessidade do sistema de saúde pensar estratégias coesas que consigam lidar com as múltiplas vulnerabilidades em saúde desses indivíduos.

6 METODOLOGIA E ASPECTOS ÉTICOS

6.1 DESENHO DA PESQUISA

As informações sobre o acesso de pessoas em situação de rua com transtornos mentais no Rio de Janeiro foram obtidas a partir de entrevistas com profissionais da ponta e gestores da rede de saúde do município.

As entrevistas foram efetuadas com uma amostra intencional não probabilística que agregou informantes chave que possuem participação na formulação ou na execução da política pública voltada para a população em estudo. O contato dos trabalhadores e gestores da rede de saúde do município do Rio de Janeiro foram obtidos a partir de contatos do pesquisador e do seu orientador com a secretaria municipal de saúde. As entrevistas foram realizadas entre o final do mês de março e o início do mês de junho.

Segundo Minayo (2017), a amostra qualitativa ideal é aquela que reflete as múltiplas dimensões de determinado fenômeno, privilegiando o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão ao invés de concentrar o seu foco nas generalizações. Dessa forma, a autora coloca a especificidade da amostra das pesquisas qualitativas, que também é destacada por Fontanella, Ricas e Turato (2008), ao afirmarem que a seleção dos elementos amostrais em pesquisa qualitativa não decorre da mensuração e distribuição em categorias, mas da preocupação que a amostra contenha e espelhe certas dimensões do contexto.

Quanto ao tamanho da amostra dos estudos qualitativos, Turato (2010) afirma que não cabe ao pesquisador qualitativista agir como um apriorista, cujo conhecimento é anterior à experiência. Para o autor, nos estudos qualitativos, o número final de componentes de uma amostra se coloca ao final da coleta de dados.

Considerando que o objetivo do estudo é conhecer como se dá o acesso de pessoas com transtorno mental em situação de rua ao sistema de saúde, a amostra foi composta de participantes que permitiram averiguar a natureza desse processo. Sua coesão enquanto amostra se coloca a partir da *Homogeneidade Fundamental* compartilhada entre os atores que se define como os atributos tidos como essenciais presentes na intersecção do conjunto de características gerais dos componentes amostrais (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

A amostra da pesquisa se fechou a partir da constatação da saturação teórica no conjunto de entrevistas realizadas, o que é definido por Fontanella, Ricas e Turato (2008) como

“a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a representar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados”.

Para a realização das entrevistas com os informantes-chave foi elaborado um roteiro semiestruturado. A formulação das questões presentes no roteiro foi baseada na bibliografia científica e documentos normativos referentes ao tema de pesquisa. Segundo Minayo (2010) a entrevista semi-estruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador e que, por se apoiar na sequência de questões, facilita a abordagem e assegura que hipóteses e pressupostos sejam cobertos na conversa.

Quanto a nossa consideração sobre a técnica das entrevistas, podemos conceber com Duarte (2004) que entrevistas são recursos fundamentais para se mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos e permitem ao pesquisador realizar um mergulho em profundidade de modo coletar indícios das formas como sujeitos percebem e significam sua realidade, permitindo descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior de um grupo.

Sobre a análise das entrevistas, Duarte (2004) afirma que é preciso ter cuidado com a interpretação, com a construção de categorias e com a tendência de extrair do material empírico apenas elementos que confirmem as hipóteses de trabalho. Com relação a subjetividade presente nas entrevistas, a autora pontua que é preciso coletar, daquilo que é subjetivo e pessoal, os pontos que nos permitem pensar a dimensão coletiva, ou seja, que permitem compreender a lógica das relações que se estabelecem em determinado tempo e lugar. Nosso objetivo com as entrevistas foi coletar, a partir de entrevistas com informantes-chave ao tema, elementos que possam nos dizer do acesso de pessoas em situação de rua com transtorno mental aos serviços de saúde no Rio de Janeiro.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

A cidade do Rio de Janeiro possui segundo o Censo IBGE de 2010 uma população estimada de 6.520.266 habitantes e é composta por 162 bairros divididos em 5 áreas programáticas (APs). Observa-se uma oscilação de seu crescimento econômico da década de 90 até os dias atuais como reflexo do ajuste fiscal brasileiro como enfrentamento às crises internacionais. Com algum crescimento resultado dos investimentos recentes nos megaeventos que sediou (copa do mundo e jogos olímpicos), a cidade sofreu logo depois forte abalo na

arrecadação, consequência da crise econômica provocada principalmente pela queda nos royalties do petróleo (Rio de Janeiro, 2018).

Historicamente, após 1960, com a transferência da sede do governo federal para Brasília, a cidade e o estado do Rio não possuíram um projeto que dinamizasse sua economia para absorver o fluxo da população migrante e o crescimento da população local, levando à um padrão de urbanização além da capacidade de planejamento e controle gestor. A cidade do Rio é marcada historicamente por um vazio institucional com ausência de políticas públicas consistentes e propostas de intervenção descontínuas (Gomes; Fernandes; França, 2013).

Com relação à saúde, a cidade do Rio de Janeiro se destacou nas décadas de 90/2000 pela baixa capacidade de ampliação dos serviços de atenção básica públicos e universais de saúde, grande redução da oferta, financiamento público no mínimo constitucional e um crescimento histórico dos planos privados de saúde. A partir de 2009, houve expansão na cobertura da cidade impulsionada pela reforma dos cuidados em atenção primária em saúde (RCAPS) que se baseava em quatro atributos: (I) acesso e prestação de serviços de primeiro contato, (II) assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente, (III) garantia de cuidado integral e (IV) coordenação de diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (Soranz et al., 2016).

Foi realizado em 2020 um censo municipal específico para a população em situação de rua no Rio de Janeiro. O censo constatou a existência de 7.272 pessoas em situação de rua no Rio de Janeiro, 752 delas com uma trajetória de rua recente em função de consequências da pandemia do coronavírus (perda de emprego ou moradia). A maioria das pessoas em situação de rua na cidade pertence ao sexo masculino (81%), é negra ou parda (79,6%), tem entre 31 à 49 anos (36,4%) e possui como principal motivo de ida para à rua conflitos de ordem familiar (44,6%). As áreas programáticas com maior concentração de pessoas em situação de rua são a AP 1 (2.317 pessoas), a AP 3 (1.927 pessoas) e a AP 2 (1.482 pessoas). As APs 4 e 5 possuem, somadas, 1.546 pessoas em situação de rua. O centro foi o bairro com a maior concentração, reunindo sozinho 1.442 pessoas com essa condição (DATA.RIO, 2020).

6.3 MODELO DE ANÁLISE

A análise de conteúdo (AC) será utilizada enquanto procedimento metodológico de análise do material contido nas entrevistas. Segundo Caregnato e Mutti (2006), a análise de conteúdo pode ser tanto qualitativa como quantitativa embora, de ambas as formas, a AC

trabalhe “com a materialidade linguística através das condições empíricas do texto, estabelecendo categorias para a sua interpretação”. As mesmas autoras afirmam que a análise de conteúdo se compõe de 3 grandes etapas: a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados e a interpretação. A pré-análise, segundo Turato (2010), traçando um paralelo com a psicanálise, também pode ser chamada como etapa de leituras flutuantes, uma vez que seu objetivo é travar contato com os textos a serem analisados, de forma se deixar invadir por suas impressões e orientações sem privilegiar a atenção à qualquer elemento específico do discurso contido no material. Objetiva produzir no leitor impregnação e intimidade com o discurso a ser analisado.

A etapa de exploração do material é aquela em que se deve proceder a codificação dos dados a partir de unidades de registro (Caregnato, Mutti; 2006). Para Turato (2010), essa é a etapa de categorização dos dados que é realizada segundo os critérios de repetição e relevância dos pontos presentes no discurso de nossos entrevistados. A repetição é tão somente a investigação dos pontos que se apresentam em comum entre os discursos com frequência acentuada. O critério da relevância, por sua vez, permite pinçar no discurso fragmentos que, por mais que não se repitam entre os entrevistados, pareçam ao pesquisador relevantes para a discussão do objeto em questão. Esse critério foge a ortodoxia clássica da análise do discurso e não possui relevância estatística.

Turato (2010) estabelece como última etapa a apresentação dos resultados de forma descritiva e ocorre conjuntamente a discussão na versão redigida do trabalho e se faz acompanhar pela interpretação do pesquisador. Nessa fase, a contribuição pessoal do pesquisador se dá de forma mais clara. É a etapa em que se realizam inferências sobre o material coletado e ele é devidamente categorizado.

6.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes das entrevistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma cópia do mesmo. Cada participante teve acesso a uma cópia do projeto e foram informados quanto a possibilidade de solicitar esclarecimento sobre o estudo e seu andamento a qualquer momento caso desejem.

Todos os entrevistados foram informados sobre a finalidade do estudo, a manutenção do sigilo e a não obrigatoriedade de participação, sendo possível ao participante abandonar a pesquisa a qualquer momento de sua realização.

As entrevistas foram agendadas previamente de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e iniciadas após leitura, explicação e assinatura do TCLE. Caso autorizado pelo participante, um gravador será utilizado, de forma conferir exatidão ao conteúdo dito durante a entrevista.

De acordo com as restrições suscitadas pela crise do coronavírus, as entrevistas não se deram de forma presencial. As entrevistas aconteceram via formato digital a partir da plataforma Google Meets e a participação do entrevistado esteve vinculada a condição do mesmo de utilizar a plataforma supracitada, que pode ser acessada por um computador com acesso à internet ou um smartphone com o aplicativo Google Meets.

Existiu o risco de que o participante se sentisse incomodado, cansado, desconfortável ou tivesse alguma experiência negativa com as perguntas feitas durante a entrevista. Neste caso, o participante teve todo o direito de se recusar a respondê-las. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas pelo participante e qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Para garantir o anonimato dos participantes e o sigilo de suas respostas, os entrevistados foram identificados por números e os nomes de suas equipes não foram explicitados. Porém, devido ao baixo número de entrevistados, há risco da identificação do participante ser presumida. Para minimizar constrangimentos, as entrevistas foram individuais e aconteceram em ambiente virtual. As entrevistas gravadas foram transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente tiveram acesso às mesmas o pesquisador e seu orientador. Caberá ao pesquisador propiciar assistência a quaisquer danos materiais ou imateriais decorrentes da participação do entrevistado na pesquisa quando necessário.

Os benefícios suscitados por essa pesquisa serão indiretos, ou seja, não trarão benefícios diretos aos participantes nela envolvidos. A participação do entrevistado não implicou em ônus ou qualquer forma de custo, assim como não houve qualquer remuneração vinculada a ela. Seu benefício consiste no aprimoramento do conhecimento a respeito das políticas e práticas que intervêm no acesso à saúde de pessoas em situação de rua com transtorno mental. No entanto, será enviada aos entrevistados uma cartilha elaborada ao final da dissertação sintetizando os achados da pesquisa como devolutiva aos participantes nela envolvidos.

As atividades em campo foram iniciadas apenas após qualificação e posterior aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (número do parecer: 4.421.599) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria

Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (número do parecer: 4.609.868).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da proposta metodológica exposta no capítulo Metodologia desta dissertação, procedemos a análise do material coletado nas entrevistas com profissionais e gestores da rede de saúde do município do Rio de Janeiro sobre a temática do acesso à saúde da pessoa em situação de rua com transtorno mental, realizadas entre o final do mês de março e o início do mês de junho de 2021. A primeira etapa desse processo foi a *Pré-análise* do material que consistiu em leituras repetidas do conteúdo transcrito das entrevistas com o objetivo de constituir familiaridade ao pesquisador do conteúdo a ser trabalhado.

Posteriormente foi realizada a *Exploração do material* com a formação de categorias de análise segundo os critérios de repetição e relevância. Dessa forma, foram selecionados nas entrevistas temas recorrentes expostos pelos diferentes participantes e organizados em nove categorias. Também foram selecionados e categorizados alguns trechos que se destacaram por sua relevância ao tema mas que não necessariamente foram mencionados por mais de um participante.

Por fim, o resultado desse processo culminou no *Tratamento de resultados e interpretação* que será exposto neste capítulo. Para que os resultados fossem apresentados de forma mais organizada, as nove categorias selecionadas foram divididas em duas seções. A primeira seção é *Acesso e barreiras clínicas* e ela conjuga as seguintes categorias: Formação dos profissionais, Manejo clínico, Uso de psicotrópicos e Território e violência. A segunda seção se chama *Acesso e barreiras institucionais* e abarca as categorias: Rede e porta de entrada, Cadastro/documentação, Setores secundário e terciário, Intersetorialidade e Sucateamento.

Para a preservação do sigilo dos participantes, eles serão identificados por números ao longo deste capítulo. A amostra foi composta por cinco participantes: um médico, um psicólogo, um assistente social, um diretor de CAPS e um funcionário de gestão de área programática. Os participantes estão presentes nos seguintes serviços: CAPS II, CAPS III, consultório na rua, gestão de área programática e clínica da família.

7.1 ACESSO E BARREIRAS CLÍNICAS

Foram identificadas nas falas dos profissionais e gestores entrevistados para esta pesquisa questionamentos quanto ao núcleo de profissionais investidos na clínica das pessoas em situação de rua com transtorno mental. Esses questionamentos envolvem fatores diversos.

O primeiro que gostaríamos de destacar se refere ao número de profissionais disponíveis, considerado aquém do necessário para as estratégias clínicas voltadas para essa população.

Uma vez que a população em situação de rua com transtorno mental é considerada um grupo que porta dificuldades em acessar serviços e comparecer aos atendimentos seja pela desorganização própria de certos quadros psíquicos ou pelo estigma enfrentado ao se apresentar em espaços de cuidado clínico, como hospitais e ambulatórios, os entrevistados consideram como importante o acompanhamento desses usuários aos serviços de saúde por profissionais que exerceriam função de acompanhante terapêutico. O acompanhamento terapêutico (AT) pode ser definido como uma prática cujo espaço clínico está nas ruas e que almeja aproximar o sujeito das ofertas de laço social, resgatando vínculos, sua cidadania e sua circulação em espaços que façam sentido para o portador (Neto; Amarante, 2013).

O acompanhante terapêutico não é, neste contexto específico descrito pelos participantes, um cargo. O profissional não é contratado para exercer essa função exclusiva. Os participantes querem destacar a *prática* de acompanhamento no território como facilitadora de trocas sociais para o sujeito em situação de rua com transtorno mental, que pode ser exercida por qualquer profissional. No entanto, o quantitativo de trabalhadores disponível nas unidades de saúde é considerado pelos entrevistados como insuficiente para a plena realização desse trabalho, particularmente na atenção básica.

Entrevistado 5: A Saúde da família não era pra estar do jeito que está hoje, as equipes estão assoberbadas, na gestão passada várias clínicas tiveram que diminuir número de profissionais, cada equipe ficou com um número maior de usuários referenciados... então a grande dificuldade é tirar as pessoas da clínica da família pra fazer trabalho itinerante já que tem que ter gente na recepção, gente no atendimento, etc. e o número de profissionais é pequeno.

Entrevistado 1: Nós temos duas pacientes que nós conseguimos fazer elas se organizarem para bancar um espaço para morar... mas foi necessário todo um trabalho de Acompanhante Terapêutico mesmo para garantir isso. Por exemplo, uma das usuárias saiu um dia à noite e depois não soube mais voltar. Aí apareceu lá (na unidade de saúde) pela manhã, e tinha perdido chave na rua, etc... coisas do cotidiano que temos que ajudar como negociações com o senhorio para melhorias na casa, organização para fazer compras, pra gerir esse dinheiro, isso tudo a gente precisou fazer junto. Esse é um trabalho muito complexo e que demanda bastante tempo e que nos coloca pra pensar o quanto na verdade a gente tem uma equipe muito pequena para dar conta disso tudo.

No exemplo dado pelo entrevistado 1 observamos que a provisão de moradia isoladamente não é suficiente para a complexidade apresentada por esses casos. O suporte dado pelo serviço de saúde foi essencial para a obtenção do lar, no entanto, a sua equipe não é específica para suporte à moradias assistidas e deve se desdobrar em outras demandas do território.

Esse tipo de caso requer a capacidade de articular habitação com a saúde, como na estratégia Housing First que se baseia na provisão de uma moradia subsidiada e de suporte ao indivíduo sem pré-condição de elegibilidade cujo objetivo primário é garantir estabilidade habitacional (Kerman et al., 2018). Também é importante salientar a necessidade de amplificação e diversificação das ofertas de moradias assistidas no Brasil, não apenas aos egressos de internações psiquiátricas, mas também para novas clientelas com transtorno mental grave conforme discussão de Furtado (2013).

Atualmente no Brasil, os Serviços Residenciais Terapêuticos se tornaram sinônimo de moradia para pessoas com transtorno mental grave. Isso traz dois problemas: deixa de fora de políticas de moradias parte da clientela crescente dos CAPS que não passaram por longas internações psiquiátricas e a inexistência de diversificação dos tipos de moradias que pudessem se modelar às particularidades do usuário (Furtado, 2013).

Apesar da dificuldade em angariar profissionais no cotidiano dos serviços para esse trabalho, a função de acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental aparece na fala dos participantes da pesquisa como uma das principais estratégias para evitar barreiras de acesso, especialmente nos setores secundário e terciário da saúde. Falaremos mais desse aspecto adiante.

A formação do profissional de saúde também surge como um problema na lida com pessoas em situação de rua com transtorno mental. Um dos entrevistados apontou que alguns trabalhadores adotam uma postura de salvadores frente ao paciente, o que dificulta a tarefa de observar a complexidade da vida das ruas, em especial de avaliar a experiência daqueles que encontram organização psíquica a partir da relação que estabelecem com as ruas. Vários entrevistados citaram a angústia dos profissionais frente a esses casos que por vezes se traduzem em abordagens punitivistas.

Entrevistado 2: O profissional quando se vê frustrado ele começa... é que nem relação de mãe com o filho, quando o filho começa a não corresponder aquilo que você deseja você castiga, nega, não vai fazer, não vai sair, aperta, segura, tudo pra ter uma resposta melhor. O profissional é a mesma coisa. Quando ele se vê com dificuldades em manejar o fulano ele começa a planejar e elaborar coisas muito ruins...

Entrevistado 4: não era incomum ter punição do tipo “ah, fulana faltou, então vou deixar ela pro final da fila”. Se você não tem formação, acaba punindo sem perceber que isso é uma violação de direito. No campo da saúde mental, se você faz isso você está mais exposto à crítica, você não sai ileso, mas se você faz isso na atenção básica, um médico que faz isso é quase rei... quem que vai criticar o cara que fez isso? Chega no senso comum de que é isso que tem que fazer mesmo, “não veio na consulta, azar.”

De acordo com um dos entrevistados, a formação aparece como um dos problemas na qualidade do acesso e ela seria necessária no sentido de diminuir a angústia dos profissionais,

permitindo-os efetuar trocas entre pares que possibilitem alinhar as perspectivas que eles possuem. Cunha et al. (2020) discutem dois comportamentos principais dos profissionais que impactam o acesso da população em situação de rua: a percepção desses trabalhadores que enxergam indivíduos em situação de rua como portadores de patologias sociais e, por isso, não teriam responsabilidade em ajudá-las e a crença de que é dever desses sujeitos buscar os serviços de saúde por si mesmos, ignorando alguns aspectos como o despreparo do ambiente institucional para tratar suas especificidades, assim como transgressões que ocorrem nesses locais seja pela exigência de documentação, restrição no atendimento da demanda espontânea ou o preconceito.

No entanto, mesmo quando é possível realizar a formação em serviço de profissionais, outro entrevistado comenta a dificuldade de se manter esses trabalhadores no SUS:

Entrevistado 5: Também tem a questão que a gente trabalha muito com residentes, forma, e eles vão embora. A gente teve recentemente na minha área médicos ótimos, que gostavam do seu trabalho, gostavam de ir trabalhar na rua mas... mas foram embora, sabe? Foram porque é difícil trabalhar aqui, foram porque ganham menos do que acham que deveriam ganhar e eu também acho (o entrevistado ri)... agora por exemplo nós perdemos médicos excelentes porque troca OSS, troca isso, troca aquilo e é uma instabilidade muito grande. Isso atrapalha a continuidade do trabalho. Como você vai trabalhar uma atenção primária que é pra você ter integralidade e longitudinalidade do cuidado trocando toda hora?

Considerando que pessoas em situação de rua com transtorno mental costumam apresentar dificuldades marcantes em seguir diretrizes clínicas, comparecer a atendimentos e manter por longos períodos a tomada de medicação, as abordagens que foram descritas como salvacionistas e punitivistas são, segundo os entrevistados, respostas do profissional para lidar com a frustração diante de pacientes de difícil manejo. No entanto, questiona-se o alcance clínico dessas estratégias, assim como sua capacidade real de produzir nesses sujeitos o engajamento necessário ao tratamento.

Contrariamente, as estratégias ressaltadas pelos participantes desta pesquisa como as mais capazes de produzir acesso à pessoa em situação de rua com transtorno mental são aquelas que se relacionam ao atendimento de necessidades básicas do paciente, como alimentação e higiene. Afirma-se que a satisfação dessas necessidades pode criar, facilitar ou reforçar o vínculo necessário para a entrada e engajamento ao processo terapêutico clínico ou de saúde mental.

Entrevistado 4: Tinha um paciente em situação de rua, completamente psicótico, um senhor que não respondia a gente, a gente só sentia que ele precisava de ajuda porque às vezes ele ia pra porta ou muito perto da porta da unidade, sem entrar. Quem conseguiu fazer um vínculo com ele foi a própria gerente. Ela conseguia perguntar "você quer um banho?", "você quer algum remédio? Está com dor?", coisas muito pontuais, muitas vezes ele não respondia, mas algum vínculo a gente conseguiu... A gerente conseguiu um espaço para banho dessas pessoas,

pediu manutenção de um banheiro que estava quebrado há um tempão e que tinha um chuveiro, separou toalhas, pediu pro pessoal doar algumas roupas e deixou guardadas caso precisasse.

No entanto, também é apontado pelos entrevistados problemas em conseguir os materiais necessários para esse tipo de estratégia. Limitação da quantidade de alimentação disponível para distribuição, ausência ou inadequação de espaço físico para higienização ou dificuldades em pegar o RioCard (cartão utilizado no transporte público que disponibiliza mensalmente um determinado número de passagens gratuitas para que o usuário de uma unidade de saúde consiga se deslocar para as consultas) foram citados.

Duas outras estratégias de acesso foram abordadas pelos participantes apenas uma vez mas foram consideradas importantes para o escopo desta pesquisa. A primeira é a supressão das filas de espera para pacientes em situação de rua. Considerando que a pessoa em situação de rua com transtorno mental tem dificuldade em aguardar por um longo período o atendimento e pode apresentar incômodo com o comportamento de outros usuários que também estejam aguardando consulta (como a reação de outros a seu próprio odor) foi percebido pelo entrevistado como essencial o atendimento imediato desse indivíduo assim que chegasse à unidade de saúde de forma não “perder” o paciente. Longas filas de espera podem ser apreendidas pelo paciente como impossibilidade em receber cuidados, resultando assim em uma barreira de acesso para essa população.

Outra forma de estratégia de acesso citada considerada relevante é a abordagem no território de pessoas em situação de rua com transtorno mental. Esses usuários muitas vezes não conseguem chegar ao serviço de saúde, sendo importante a busca ativa no território de casos que correspondam a essas características. Um dos entrevistados nos transmite a delicadeza necessária ao se abordar uma pessoa em situação de rua com transtorno mental em uma cena de uso de drogas no Rio de Janeiro:

Entrevistado 3: Acho que a gente precisa chegar com um certo cuidado maior, especialmente se o paciente está em crise, a gente consegue perceber se a pessoa tá desorganizada... na cena de uso a gente costuma perguntar alguns dados logo no primeiro atendimento mas (se a pessoa possui um transtorno mental) a gente procura perguntar o mínimo possível e fala que somos profissionais de saúde, que se precisar de alguma coisa pode contar com a gente, fala que vamos retornar no dia tal. Acho que a especificidade (ao abordar alguém em situação de rua com transtorno mental) está na gente ficar mais atento e mais cuidadoso com as palavras. A gente também não vai em grupo grande, vamos em dupla por exemplo, e aí a gente fica de olho, se o colega precisar aciona a gente. Aí, vamos supor que o paciente não quis acesso, aí na semana seguinte vamos conversar de novo com ele, de preferência os mesmos profissionais que falaram com ele na semana anterior pra a gente começar a estabelecer alguma vinculação.

Nota-se que o profissional descreve uma abordagem que preza menos pela coleta inicial de informações básicas do paciente e tem como prioridade o estabelecimento do vínculo com

cuidadores específicos. São efetuadas tentativas de vínculo a partir da necessidade (“fala que somos profissionais de saúde, que se precisar de alguma coisa pode contar com a gente”) e da presença (“fala que vamos retornar no dia tal” / “na semana seguinte vamos conversar de novo com ele”). É importante ressaltar que o comentário sobre as necessidades do paciente visa menos a solução imediata dos problemas de saúde e sociais que apresenta, mas estabelecer um *rapport* de confiança e disponibilidade com o indivíduo com quem se pretende construir acesso em saúde.

Outra questão do campo da clínica sublinhada pelos entrevistados é a tarefa de garantir e sustentar o uso de medicações psicotrópicas para pessoas em situação de rua com transtorno mental.

Entrevistado 1: Existem desafios com relação aos pacientes mais delirantes, mais psicóticos, mais desorganizados... por exemplo, o desafio do tratamento medicamentoso regular, tem alguns pacientes que a gente faz DOT, assim como pra tuberculose, como muitos outros serviços também fazem...

O DOT citado pelo entrevistado diz respeito ao Directly Observed Treatment, conhecido no Brasil como TDO (Tratamento Diretamente Observado). Ele consiste na observação da ingestão dos medicamentos para o tratamento, sendo uma estratégia que visa à adesão do indivíduo (Cola et al., 2020). Embora originalmente criado para o tratamento da tuberculose, estratégias similares de medicação assistida também são usadas no campo da saúde mental.

Foram identificadas pelos participantes da pesquisa algumas dificuldades quanto a posse de medicação nas ruas: roubo, extravio, conservação inadequada, exposição à chuva e, no caso dos psicotrópicos, dois participantes relatam suspeitas de que existe um comércio vinculado a eles no território em que alguns pacientes fariam a venda da medicação distribuída. Além disso, o manejo da medicação utilizada para o transtorno mental deve considerar a frequente associação entre situação de rua e uso de substâncias psicoativas.

Entrevistado 2: Muitas vezes a gente faz uso de estratégias de medicação assistida para esses casos, faz também uso de medicação de depósito, mas precisa ter cuidado pra que o paciente não impregne, por exemplo nós temos uma paciente que faz uso de “Loló” que está tendo impregnação, ela faz uso de decanoato... então quando ela faz o decanoato a gente precisa sustentar ela por um tempo porque ela acaba fazendo uso da Loló e acaba impregnando, agrava e começa a ter medo de tomar o haldol. Então a gente vê que a relação de exclusividade com a droga faz com que esse sujeito prefira abrir mão da medicação psiquiátrica quando isso dá problema.

Considerando que o uso de substâncias é uma realidade para muitas pessoas em situação de rua, é necessário aos trabalhadores investidos na clínica desses sujeitos ponderar o uso de medicações ao lado da droga de escolha do sujeito, se houver. É importante tratar o transtorno

mental, mas sem perder de vista o contexto da vida nas ruas, o que poderia limitar a disponibilidade do paciente em aderir a um serviço de saúde.

A vida nas ruas impõe características importantes de serem levadas em conta associadas ao transtorno mental. Uma delas é a alta prevalência do uso de substâncias psicoativas entre pessoas em situação de rua. Um dos entrevistados realiza periodicamente incursões no território de sua unidade de saúde durante a noite em uma atividade conhecida como “serviço noturno” voltado primordialmente às populações trans e travesti. O serviço noturno percorre uma área que concentra algumas regiões de consumo de drogas chamadas de “cenas de uso”. Ao ser perguntado se nessas cenas de uso são encontradas pessoas em situação de rua com transtorno mental, responde:

Entrevistado 3: Várias, a gente atua com eles também. O território em que a gente vai é de certa forma dividido. Uma parte da rua é onde fica a maior parte das mulheres trans e travestis e a outra é mais permeada por cenas de uso... a gente vai lá e verifica as pessoas que estão em situação mais vulnerável... existem muitas pessoas com transtorno mental grave na cena de uso e muitas delas não possuem noção de morbidade e a questão da droga acaba sendo o que fica mais visível pra elas (como demanda) mas as vezes nem isso... às vezes o transtorno mental não aparece, elas só ficam usando, usando, usando (drogas), vinte e quatro horas por dia, às vezes pra lidar com alguma escuta alucinatória, ou às vezes casos de ideação suicida em que a pessoa usa para não ter que pensar nisso... essas pessoas frequentemente não chegam aos serviços, não conseguem chegar, por falta de organização ou noção de morbidade, tem várias questões para você chegar num serviço de saúde mental...

É importante construir visibilidade para pessoas em situação de rua com transtorno mental em contextos de uso de substâncias. Segundo Pereira et al. (2021) persistem lacunas epistemológicas e práticas no cuidado em saúde à pessoa em situação de rua com transtorno mental, que requer cuidados particularizados, flexíveis e centrados na pessoa. Quanto às questões ligadas ao cuidado em saúde mental dessa população, seja nos serviços de saúde, nas políticas públicas ou na literatura, a ênfase costuma se dar no próprio uso de drogas, de modo que os transtornos mentais ficam à margem. Segundo o autor, a exclusão vivida por pessoas com transtorno mental dentro do grupo em situação de rua acentua sua invisibilização.

No entanto, algumas atitudes do sujeito em situação de rua com transtorno mental no território podem conferir-lhe uma visibilidade indesejada. O problema mais citado pelos entrevistados com relação às pessoas em situação de rua com transtorno mental no território foi a violência urbana e suas consequências.

Considerando que o referenciamento aos serviços de saúde se realiza a partir de uma lógica territorial, um dos entrevistados pondera que o forte cenário de repressão policial no Rio de Janeiro dificulta o acesso uma vez que reconfigura continuamente os locais de vida da população em situação de rua na cidade a partir de sucessivas expulsões. Existe a possibilidade que essas pessoas saiam de um território coberto para outro em que ainda não foram feitas as

parcerias e sensibilizações necessárias para que elas sejam atendidas. Outro entrevistado também aponta que nos dias que ocorrem troca de tiros no território da unidade é impossível aos pacientes irem às consultas ou aos profissionais saírem para realizar atendimentos externos. Dessa forma, acontecem adiamentos no tratamento, às vezes recorrentes, cujas consequências para a saúde do usuário são de difícil mensuração.

É destacado por um dos participantes que a loucura, apesar de estar presente nas ruas, pode entrar em conflito com o território quando o paciente tem uma crise e a sua desestabilização começa a chamar a atenção do entorno. Isso o vulnerabiliza ainda mais e frequentemente lhe confere uma reação do território, entre ameaças, expulsão ou morte. Foram selecionados dois relatos de caso que ilustram esse fenômeno.

Entrevistado 2: Mas o que há de mais marcado hoje em dia é a intolerância dos grupos armados à loucura, porque ali a lei é a lei e a regra é a regra, e eles dizem muito facilmente que não querem essa pessoa ali. Nós estamos com uma paciente agora... é até difícil falar disso, é horrível... a gente está tentando alavancar uma vaga para ela em uma UAA (Unidade de Acolhimento Adulto), que inclusive nós já conseguimos, mas ela fugiu, ela está tão ameaçada na comunidade que ela está amarrada. E não há lugar para ela. Já foi para duas comunidades terapêuticas, que era algo que a gente não topava mas no final das contas levaram e a gente cuidava lá, mas no final das contas ela fugia. Fugiu também da UAA. Fugiu seis vezes da UAA pois não é um dispositivo de porta fechada. E agora a mãe desistiu de nos dar atenção e amarra ela em casa. Ela ficava entre a casa da mãe e a rua, tem muitos pacientes que ficam de um espaço a outro. Mas agora ela está amarrada, o que é extremamente doloroso ao nosso serviço...

Entrevistado 4: ...e a pessoa em crise, a gente já viu, jogar pro alto a mesinha onde ficam as drogas, aí o cara expulsa, não pensa duas vezes... aí entra um trabalho nosso, quando é possível, de ir conversar com o tráfico, dependendo da gravidade da situação... porque para uma pessoa fazer algo contra uma barraca de drogas ela já está num nível de gravidade imenso... na minha experiência a gente já foi levar o caso pro tráfico, tentar explicar pra pedir uma segunda chance pro paciente... mas a gente só consegue fazer isso se o paciente tem alguma noção que se excedeu e que vai tentar estar ali de forma diferente. Isso pode ser uma forma de barreira porque, na prática, é tirar a pessoa da área que a gente cuida. Essa pessoa dificilmente tem um celular, ou algum meio de comunicação. Então se ela não está na área, ela está solta. Você não consegue contato com quem não está ali, não tem um celular e a família não vê.

Dois participantes relataram que o contato com o tráfico, apesar de intenso, possui mais possibilidade de diálogo que outras forças presentes no território como a milícia ou a polícia. Isso acontece pela proximidade institucional com alguns agentes e organizações do território que funcionam como ponte entre o serviço de saúde e as facções. Esses dois participantes relataram ocasiões em que o próprio tráfico trouxe demandas ao serviço de saúde, com relação a pessoas com transtorno mental em crise no território. Dessa forma, apesar de precário, observamos que o papel de mediação institucional permite aos profissionais de saúde terem algum nível de estofo para interceder em prol do paciente com transtorno mental embora os limites sejam claros e o limiar de tolerância dos grupos armados à loucura permaneça bastante limitado.

Nesta seção foram apresentados fatores relacionados à clínica que impactam o acesso de pessoas em situação de rua com transtorno mental aos serviços de saúde e que cobrem quatro categorias identificadas nas entrevistas: Formação dos profissionais, Manejo, Uso de psicotrópicos e Território e violência. A próxima seção abordará os fatores institucionais da saúde identificados pelos entrevistados como relevantes ao tema do acesso à saúde para a população em estudo e conjugará as categorias Rede e porta de entrada, Cadastro/documentação, Setores secundário e terciário, Intersetorialidade e Sucateamento.

7.2 ACESSO E BARREIRAS INSTITUCIONAIS

Foi perguntado aos entrevistados sobre a procedência dos seus pacientes com transtorno mental em situação de rua. Foram citadas como instituições porta de entrada que tratam ou encaminham esses casos: unidades da assistência social, ONGs presentes no território, o consultório na rua, unidades de atenção básica e outros CAPS. É importante destacar também na fala de três entrevistados que ações de abordagem no território efetuadas por uma reunião intersetorial de serviços (em geral entre serviços da assistência e da saúde) também funcionam como porta de entrada para casos que não chegam a qualquer unidade. Um dos entrevistados explica uma dessas ações:

Entrevistada 2: Nós temos uma ação hoje que fazemos em uma favela do Rio que é um coletivo, um coletivo de ações, e aí envolve assistência social, consultório na rua, NASF, atenção básica, as unidades de organização não-governamental dessa comunidade... então esse também é um polo importante de interface nosso com relação ao acesso (à saúde) na rua... tanto pela busca ativa dos nossos casos que não estão chegando (à unidade) assim como dar conta de outros casos que aparecem.

Considerando a dificuldade de serviços e profissionais saírem de suas unidades, conforme abordado na seção anterior deste capítulo, estas abordagens externas compartilhadas por mais de um serviço apresentam maior regularidade, possivelmente porque se amparam em pactuações mais amplas que envolvem a agenda de outros parceiros e devem ser cumpridas. No entanto, nota-se que essas experiências são de baixa cobertura, frequentemente localizadas em um ou poucos pontos da cidade, como favelas ou cenas de uso específicas.

Segundo os profissionais consultados, é bastante comum o compartilhamento do cuidado entre dois ou mais serviços, por exemplo: Consultório na rua / CAPS ou Unidade de atenção básica / CAPS / Abrigo. Esses arranjos demandam pactuação coletiva dos casos e foram relatados espaços de produção desses acordos como grupos de whatsapp para troca de

informações e compartilhamento de demandas e participações regulares de profissionais de um serviço nas reuniões de equipe de outro.

As parcerias entre os serviços são uma peça fundamental na manutenção do cuidado aos usuários assistidos. Além de contribuírem com o atendimento integral das demandas apresentadas pelos pacientes, essa também é uma forma de lidar com problemas recorrentes ou pontuais apresentados pelas unidades. Por exemplo, foram relatadas atividades de auxílio mútuo entre serviços como um CAPS provendo atendimento psiquiátrico à pacientes de outro CAPS que estava naquele momento sem médico, pacientes fazendo suas refeições em outra unidade devido à falta de alimentos no serviço ao qual são referenciados e, principalmente, o compartilhamento de leitos entre unidades. Ao serem perguntados se o porte do CAPS exercia influência no acesso em saúde das pessoas em situação de rua com transtorno mental, dois entrevistados responderam:

Entrevistado 3: Com certeza influencia. O cuidado dado pelo CAPS III é muito mais ampliado. É muito comum atender a crise de usuários até às oito, nove horas da noite. Isso dos CAPS II terem que fechar às 17 horas, isso é um absurdo. E se acolhe muita crise no final de semana também. E tem muito paciente que precisa de projeto intensivo, de segunda a segunda. Principalmente população em situação de rua porque muita coisa fecha no final de semana, a circulação de pessoas diminui, então eles ficam com menos suporte ainda. E, durante uma crise, precisa do CAPS.

Entrevistado 2: Com certeza. O CAPS III tem uma potência de atenção à crise e tem muita crise voltada pra questão do território, risco no território, falar que o sujeito está surtado na rua coloca ele numa posição de vulnerabilidade muito grande então o leito de atenção à crise é muito importante, não só pra população de rua com transtorno mental, para todos, tamanha a complexidade do cuidado... Quando o sujeito agrava ele não tem um CAPS (o caso de ser II) capaz de dar conta da necessidade... não é que exista uma barreira de acesso ao CAPS, o acesso ao CAPS existe, mas às 17 horas o CAPS fecha, e aí? Para onde esse sujeito vai?

A rede CAPS é composta de serviços de diferentes níveis de complexidade. Os CAPS I, II e III são definidos por ordem crescente de porte e abrangência populacional embora todos devam estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial. O CAPS III se destaca dos demais por ser o único a funcionar em regime 24 horas, permanecer aberto nos feriados e finais de semana e possuir leitos para repouso ou observação (Brasil, 2002). Os entrevistados reforçam a importância do CAPS III como recurso para pessoas em situação de rua com transtorno mental por oferecer um suporte mais amplo às necessidades em saúde dessa população, como a presença do leito de pernoite e a possibilidade de projetos intensivos que cobrem a semana inteira.

Ambos os participantes afirmaram que quando não existem leitos disponíveis (seja pela unidade ser CAPS II ou existir lotação no CAPS III) pode-se fazer uso de leitos em outras unidades de saúde dependendo do grau de interação entre os serviços. Um dos entrevistados disse que uma gestão parceira é um dos fatores de abertura de leitos para as demandas de outra

unidade. No entanto, apesar da lógica do suporte mútuo entre os serviços ser utilizada, algumas dificuldades se apresentam. Para um dos participantes, a distância geográfica de outras unidades de saúde se converte em empecilho para a concretização dessas parcerias:

Entrevistado 4: quando eu falava de rede as pessoas diziam: “rede? que rede? Aqui nessa favela? Aqui as coisas não são tão fáceis assim”. A clínica da família era muito distante dos caps de referência, bairros de distância. Os profissionais não conhecem muito bem o caps, nunca foram lá, não sabem como contactar, não sabem que casos encaminham pro caps... Os caps só vão ao território para casos de crise que não chegam lá, eles não conseguem fazer visitas regulares. Falta no caps profissional, transporte e agenda que permita ir longe, fazer um atendimento longo e voltar... esse é o cenário perfeito pra não ter contato. Se a atenção básica está fraca, a gente sabe que o CAPS também está muito depenado. Nossa relação é de urgência e pontualidade.

Em artigo de Delfini et al. (2009) compreende-se que a realização de parcerias entre os serviços de saúde é vital para os cuidados em saúde mental no território e que é desafio e iniciativa da reforma psiquiátrica brasileira a inserção da saúde mental na atenção básica, considerando a alta prevalência de sofrimento mental que chega à esse nível da saúde. Nesse sentido, os autores apontam que discussões e experiências recentes têm articulado projetos de saúde mental com iniciativas da atenção básica cujo objetivo é integrar ações, capacitar equipes e aumentar a cobertura assistencial. No entanto, a posição expressa pelo participante de nossa pesquisa no trecho anterior marca um distanciamento desse ideal de ação integrada e revela barreiras em pautar uma prática de parceria constante, como a distância, a falta de profissionais, dificuldades de agenda e transporte.

Outro ponto de interesse marcado por três dos cinco participantes são as dificuldades quanto à exigência de documentação da pessoa em situação de rua para receber cuidados em saúde exigida em certos pontos da rede. A atenção primária e os hospitais (inclusive universitários) foram os espaços citados nesse aspecto. Foi também relatado por dois participantes que as unidades de urgência e emergência são os espaços em que menos são exigidas qualquer forma de identificação.

Dessa forma, os serviços podem exigir documentação ou postergar a data do atendimento de forma inviabilizar as consultas. A orientação pela regra burocrática persiste nos serviços de saúde apesar dos campos do cadastro para abertura de prontuário que pedem documentação não serem obrigatórios. Os entrevistados relatam que uma forma de evitar essa barreira de acesso pelo cadastramento é acompanhar o paciente à unidade em que ele receberá cuidados. A presença do profissional ao lado da pessoa em situação de rua pode diminuir ou inibir esse tipo de prática. No entanto, conforme relatado na seção anterior, nem sempre há quantitativo de profissionais disponível para esse tipo de trabalho de acompanhamento. Observa-se que a questão do cadastramento é uma via pela qual a tendência ao estigma se faz

presente: mesmo em posse da documentação necessária, é possível que a pessoa em situação de rua com transtorno mental seja invisibilizada, como relatado a seguir:

Entrevistado 3: Vou dar um exemplo que pra mim é emblemático de uma usuária que eu acompanhava, psicótica, que fazia um uso intenso de droga, o que comprometia ainda mais o quadro psíquico dela, e que foi assassinada no centro da cidade por outro sujeito que eu não conhecia mas pelos relatos eu acredito que ele também estava em sofrimento psíquico e sem acesso ao tratamento... Ela chegou ao hospital público já morta... no dia seguinte nós recebemos a informação de que o corpo havia desaparecido dentro do hospital... pedi ajuda de uma pessoa do consultório na rua que foi ao hospital e teve que reconhecer o corpo pois na ficha ela havia sido registrada como “mulher negra”. Mas no dia anterior, o companheiro dela havia chegado com toda a documentação dela, dado nome, numeração dela... mas é isso, era um companheiro também em situação de rua e que também não é ouvido...

Além da recusa motivada pelo estigma, um dos entrevistados aponta que a questão do financiamento influencia fortemente a exigência de documentação por parte dos serviços de atenção básica. Os sistemas eletrônicos de cadastro da atenção básica permitem que um prontuário seja aberto e funcional mesmo sem a apresentação de documentação (registro geral, CPF, comprovante de residência ou cartão do SUS). A ausência de um cadastro completo não implica que o usuário não deva ser bem atendido. No entanto, um prontuário nessa condição (chamado de prontuário temporário) não pode ser contabilizado para o faturamento da unidade. Considerando a necessidade do profissional de saúde da atenção básica de bater suas metas de trabalho, que pessoas sem cadastro completo não podem ser contabilizadas e que pessoas em situação de rua com transtorno mental apresentam dificuldade em obter ou manter a posse de sua documentação, isso pode se colocar como uma barreira de acesso para os casos de pessoas em situação de rua com transtorno mental como descrito no trecho a seguir:

Entrevistado 4: Quando entra uma pessoa na unidade sem documentação o atendimento realizado não é reconhecido a nível de gestão, esse atendimento vira um atendimento fantasma... Saiba você que agente comunitário de saúde, quando não bate a sua meta, o gerente tem que penalizá-los com uma advertência. Três advertências geram uma demissão por justa causa. Olha que coisa grave... O gerente fica nessa tensão de responder ao federal e ter que mediar com quem está na ponta. Eu tive gerentes que foram advertidos por não darem advertência a quem não bate meta... isso tudo é para desenhar que uma pessoa sem RG, CPF, cartão do SUS, essa pessoa não é contabilizada para fins de registro de trabalho... e tem uma situação mais grave porque uma pessoa em situação de rua e com transtorno mental, esses atendimentos costumam durar muito tempo, é um atendimento complexo, você não conhece a pessoa, você precisa pegar muitos dados da pessoa, vira um atendimento com muitos profissionais envolvidos, tomando um tempo enorme de várias pessoas que poderiam estar nesse tempo fazendo atendimentos que são registráveis...

O tempo é um fator primordial para a clínica das pessoas em situação de rua com transtorno mental. Sendo sujeitos que conjugam múltiplas vulnerabilidades, relacionadas ao seu estado psíquico e condição social, o atendimento de suas demandas tende a ser complexo e demorado. Conforme relatado pelo entrevistado, o processo de financiamento da atenção

primária pode servir como barreira de acesso a esses indivíduos que requerem um cuidado que precisa ser operado frequentemente de forma lenta e cuidadosa.

A questão da documentação também é apontada na pesquisa de Valle e Farah (2020) como um problema concreto impeditivo do acesso de pessoas em situação de rua aos serviços de saúde, assim como a dispensação de medicamentos de uso controlado, uma vez que nos serviços pesquisados pelas autoras era necessário apresentar documento de identidade e comprovante de endereço para a confecção do Cartão SUS. As autoras apontam que apesar da Portaria N° 940 do Ministério da Saúde dispensar a comprovação de endereço domiciliar para o Sistema Cartão Nacional de Saúde, a portaria é pouco conhecida e seu cumprimento ainda é uma expectativa.

Os participantes também apontaram barreiras de acesso em outros níveis da Saúde, não apenas na atenção primária:

Entrevistado 1: Alguns pequenos entraves burocráticos que, principalmente nos setores secundário e terciário, a gente sabe que se não acompanharmos os pacientes eles não vão conseguir ter o acesso, ele vai acabar embarreirando, como na hora de fazer o cadastro na unidade, seja na questão dos documentos, transporte para chegar lá ou mesmo paciência para suportar a espera. Para pacientes com transtorno mental isso é mais importante ainda.

Além das razões citadas pelo participante nesse trecho, as entrevistas também apontaram outros problemas na obtenção do acesso por pessoas em situação de rua com transtorno mental nos setores secundário e terciário. Foi ressaltado que alguns hospitais apresentam receio em receber esse tipo de paciente pelo medo de que eles acabem institucionalizados na unidade, sendo difícil concluir a alta do usuário e que ele ocupe um leito indefinidamente. No entanto, algo diferente também pode ocorrer, quando o paciente consegue acessar a unidade hospitalar mas processo terapêutico não é concluído satisfatoriamente:

Entrevistado 3: Teve um caso meu de um paciente com transtorno mental grave em situação de rua e que teve sintomas de uma doença e foi internado em um hospital público. Aí ele começou a agitar lá e eles não sabiam manejar, então o paciente foi pra rua sem ter uma indicação clínica clara. Eu perguntei: “bom, ele saiu com prescrição, com medicação? E disseram: “não, ele saiu sem nada porque não quis esperar”. Responsabilizando o paciente, sabe? Sendo que a gente disse que ele tinha transtorno mental... o paciente chegou na nossa unidade depois ainda com a punção venosa...

Observamos nesse trecho a dificuldade nos ambientes hospitalares de manejar o paciente em situação de rua. Em pesquisa de Zuim e Trajman (2018) as autoras apontam que indivíduos em situação de rua no ambiente hospitalar, ao não suportarem o desconforto causado por esse espaço, receberam altas ditas indesejáveis: por indisciplina, por evasão ou à revelia e a pedido. No caso da alta por indisciplina a comunicação com o paciente costuma estar

comprometida e, na alta à revelia, não há tempo hábil para tecer qualquer articulação com outras unidades de saúde, situação em que a continuidade do tratamento fica comprometida. No entanto, as autoras também consideram que a porta aberta do hospital pode propiciar o alívio do sofrimento e a preservação da vida.

Quanto às Unidades de Pronto Atendimento (UPA), apesar de serem bastante utilizadas pela população em situação de rua e, segundo três entrevistados, normalmente não recusarem a realização de atendimentos ao indivíduo que demanda cuidados, também apresentam problemas.

Entrevistado 2: É muito comum a população em situação de rua ficar entrando e saindo de emergência, você já ouviu isso? Quando a gente chegou na comunidade a população em situação de rua era atendida na UPA e apenas na UPA. E fazendo escarcéu, gritando, tocando o terror. Então a gente chegou dizendo: “Não precisa fazer tudo isso, não precisa gritar, você vai ser atendido”. Qual era a forma de ser atendido? Chamando a atenção para si.

As alterações no interior das unidades de saúde provocadas por pessoas em situação de rua surgem na fala desse entrevistado não necessariamente como produtos do estado psíquico do paciente mas também enquanto estratégia de acesso desses indivíduos, como forma de não serem ignorados ou terem seus atendimentos postergados. Foi realizado um trabalho de sensibilização com essa UPA em específico a partir do CAPS II da região, no sentido de construção de uma parceria e suporte à unidade com relação aos casos de Saúde Mental. Um dos ganhos dessa construção foi a possibilidade de eventualmente negociar leitos na UPA para urgências dos pacientes do CAPS. Observa-se que a rede da pessoa em situação de rua com transtorno mental no Rio de Janeiro não está dada: ela é a rede que se constrói a partir das possibilidades e recursos locais.

Entrevistada 2: Eu acho que eu já contei algumas vezes com leito de UPA pra paciente em crise tipo: “tem como ficar com vocês essa noite pra amanhã a gente pensar como vai fazer?”. É uma subversão do leito da UPA, sem sombra de dúvidas, não é pra isso que serve, mas a gente conseguia, né? A gente transferiu uma vez uma paciente que estava muito mal no hospital psiquiátrico da região pro leito da UPA do território para depois a gente regular para outro lugar porque ela não tava bem no hospital.

Subversões, arranjos e parcerias trabalhados ao longo do tempo por profissionais e gestores atentos às necessidades locais de pacientes em situação de rua com transtorno mental vão criando ao longo do tempo a rede de suporte a esses indivíduos. No entanto, existe um limite para a capacidade do profissional em criar essas redes, a menos que elas sejam legitimamente amparadas por políticas públicas claras. Essa dificuldade aparece nas considerações dos entrevistados sobre as quase inexistentes parcerias intersetoriais.

Entrevistado 1: temos carência de políticas públicas mais complexas... quem é basicamente nossa parceria de articulação intersetorial? Assistência social. Pronto, acabou. A gente não consegue avançar para políticas de emprego, habitação, educação... isso é muito incipiente.

Entrevistado 5: Não dá pra ser só assistência e saúde, a gente precisa de outros setores que a gente possa envolver e isso a gente não tem. Habitação, quando a gente pensa nisso as pessoas falam logo de abrigo, mas eu não estou falando de abrigo. O abrigo é algo provisório... a gente não tem política pública intersetorial de habitação, emprego...

A dificuldade na formação de parcerias intersetoriais expressa pelos participantes se destaca uma vez que é uma das metas da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Em artigo de Oliveira e Guizardi (2020) os autores colocam que no cenário de construção dessa política colocam-se desafios como o acesso aos beneficiários e usuários das redes de serviços de cada política e a consecução de estratégias para partilhar metas de enfrentamento das desigualdades e enfrentamento da pobreza. Dessa forma, é essencial para os autores a consolidação de desenhos gerenciais para construir ações intersetoriais entre as políticas sociais em que a articulação entre SUS e SUAS (Sistema Único de Assistência Social) é central para que o processo de intervenção promova saúde em seu conceito ampliado.

A assistência social é o setor externo à Saúde que apresenta a maior possibilidade de contato dos profissionais e gestores entrevistados. Foram relatadas parcerias com a assistência que envolvem ações conjuntas no território e compartilhamento de casos com a Saúde. Um dos entrevistados afirmou que muitos usuários em situação de rua com transtorno mental chegam às unidades de saúde via Assistência Social, uma vez que eles possuem uma rotina de abordagens na rua, o que os permite identificar casos diretamente no território e realizar os encaminhamentos necessários.

Os autores Borysow e Furtado (2013) identificam em seu estudo sobre acesso e intersetorialidade da pessoa em situação de rua com transtorno mental que as tentativas de acesso à saúde dessa parcela da população estão frequentemente intermediadas pela assistência social. A proximidade das instituições de assistência desses indivíduos acabam por lhes tornar porta de entrada para a rede pública. Dessa forma, elas chegam aos serviços de saúde quando levadas por programas específicos ou instituições socioassistenciais.

No entanto, os participantes também relatam problemas com a Assistência Social, particularmente com o sistema de abrigamento. Três entrevistados afirmam dificuldade em conseguir abrigamento para pessoas em situação de rua com transtorno mental em crise. Foi apontado que os abrigos demandam a estabilização do paciente antes da liberação do leito de abrigamento. A presença de regras rígidas nestes espaços condiciona a permanência ou não do

usuário que pode ser desligado dos abrigos caso entre em crise ou tenha alguma atitude desviante. Essa situação recrudescer nos abrigos maiores onde o cuidado individualizado do sujeito é mais difícil. Um dos entrevistados também apontou problemas na lida com ONGs que fazem o atendimento de pessoas em situação de rua quando elas possuem alguma vertente religiosa. Nesses casos, a parceria deve levar em consideração alguns limites impostos por visões de mundo divergentes como a compreensão do parceiro com relação ao abuso de substâncias psicoativas por parte da população de rua.

O último ponto que abordaremos das entrevistas diz respeito ao sucateamento da rede de saúde. As dificuldades estruturais resultantes da má gestão pública e do subfinanciamento dos serviços apareceram na fala dos participantes como um complicador do acesso à saúde para a população de rua.

Entrevistado 1: Ano passado houve fechamento de equipes no município e as equipes que lá estavam passaram a atender mais pessoas, tiveram que redistribuir seu território, então é claro que a sobrecarga faz com que as pessoas tenham menos tempo para poder dar um tempo adequado para essas pessoas que necessitam de um acesso diferenciado. Quando a pressão assistencial aumenta as equipes perdem cada vez mais sua possibilidade de fazer flexibilizações.

Entre 2017 e 2018 os gestores do novo governo municipal, eleito com forte base social em setores das igrejas evangélicas, anunciaram um déficit no orçamento passando, em 2018, a acontecer atrasos no pagamento dos salários de profissionais, demissões de agentes comunitários de saúde e reduções no horário de funcionamento de unidades. Além dos esperados impactos no acesso, um dos efeitos prováveis desse processo foi a saída de profissionais (notadamente médicos) da atenção primária do município e diminuição da chegada de profissionais (Mello et al. 2019). A fala do entrevistado aponta que essa situação de crise leva as equipes a perderem sua capacidade de realizar flexibilizações, o que pode se tornar uma barreira para pessoas que necessitam de um acesso diferenciado. Ressaltamos com Krausz et al. (2013) que para melhorar as condições de saúde dessa população é necessário construir e adaptar a capacidade do sistema em tratar necessidades em saúde mental e adicções de acordo com as necessidades específicas das pessoas em situação de rua.

Entrevistado 3: No momento nós temos comida mas está longe de ser adequada. Por exemplo, não tem salada mais, não tem fruta. Tem a nutricionista da prefeitura, mas ela não tem o poder de fazer chegar a alimentação que ela prescreve. A gente ficou uns quatro meses no ano passado que a comida era arroz, feijão e ovo. Todos os dias. E era naquele momento do verão, tinha vezes que o ovo chegava estragado. E isso aconteceu não só no nosso serviço, aconteceu em outros também... deu uma melhorada a partir de março (de 2021) mas ainda é precária a alimentação. Começou a piorar desde a entrada da nova OSS até que chegou o momento em que a empresa que envia a alimentação que é “quarteirizada” disse “só dá pra mandar isso”. Melhorou mas não está legal. Não é como antes que vinha em mais quantidade, a gente conseguia fazer ceia. Se depender da alimentação a gente não consegue atender a quantidade de usuários que atendia antes.

A estratégia que muitos profissionais possuem de criação de vínculo a partir da disponibilidade em atender necessidades desses sujeitos (como a alimentação) torna-se difícil na situação descrita pelo entrevistado. Esse contexto pode representar uma barreira para a retenção do usuário no serviço de saúde. Além disso, Davies e Wood (2018) ressaltam que necessidades concorrentes e prioridades são barreiras fundamentais para pessoas em situação de rua: Comida, água e um lugar para dormir são frequentemente colocados em primeiro plano enquanto necessidades em saúde tendem a ser ignoradas até que surja alguma emergência. Logo, torna-se importante que o serviço de saúde consiga prover certas necessidades básicas para que a presença do usuário ali não represente perda para si de tempo na aquisição de elementos fundamentais, como a sua alimentação.

Foram citados como atuantes na perda de capacidade dos serviços em atender esses pacientes: fragilização das equipes, lotação da unidade e falta de alimentação. Na ocasião de todos os leitos da unidade estarem sendo utilizados, foi relatado por duas participantes que costuma-se pedir o auxílio de outras unidades de saúde como CAPS III ou Unidades de Acolhimento Adultos (UAA), quando elas possuem vagas. Quanto à alimentação, as soluções encontradas também passam pelo auxílio de outras unidades (quando elas possuem disponibilidade) e em articulações com o território na sensibilização de barzinhos e padarias do entorno.

É importante ressaltar nesta pesquisa que, embora esses arranjos demonstrem a força e o empenho de profissionais de saúde em solucionar a escassez de recursos recorrendo ao território, não se pode naturalizar uma situação de falta de insumos dentro das unidades de saúde.

Neste capítulo buscamos expor os resultados das entrevistas efetuadas para essa pesquisa, relacionando trechos de diferentes participantes que foram divididos por categorias temáticas e comentando algumas de suas implicações para o acesso da pessoa em situação de rua com transtorno mental no Rio de Janeiro. No próximo capítulo faremos as considerações finais sobre o tema.

8 CONCLUSÃO

A presente pesquisa objetivou produzir um recorte sobre o acesso à saúde na cidade do Rio de Janeiro com foco na população em situação de rua com transtorno mental. Para tanto, foi necessário buscar na literatura científica informações relevantes ao tema que pudessem nos informar sobre o objeto em análise. Em seguida, foi construída uma metodologia e realizadas entrevistas em que se apreenderam das falas de informantes-chave dados a respeito do objeto que foram divididos em categorias e relacionados entre si no capítulo Resultados e Discussão.

Considerando o aumento do número de pessoas em situação de rua no país e sua grande concentração na região sudeste (Sicari; Zanella, 2018) além da alta taxa reportada de transtornos mentais nessa população em vários estudos apesar da variação nas prevalências segundo amostra, definição de caso ou critério diagnóstico (Folsom et. al., 2005), as pessoas em situação de rua com transtorno mental manifestam uma questão crescente para as políticas públicas.

Com relação ao campo da Saúde, barreiras ao acesso da população em situação de rua com transtorno mental persistem. Problemas sociais relacionados ao estigma, como destacado por Gorfido (2020), a presença de necessidades concorrentes no cotidiano e problemas com relação a ausência de documentação, ressaltados por Loubière (2020) e questões institucionais como a falta de coordenação entre programas e disparidades internas ao sistema de saúde (Foster et al. 2012) ainda se mostram presentes e impactam a qualidade do acesso ofertada à esses indivíduos.

A melhora das condições de saúde dessa população depende da construção e adaptação da capacidade do sistema sanitário em tratar necessidades em saúde mental e adições de acordo com suas necessidades específicas (Krausz et al. 2013). Algumas propostas de boas práticas aparecem na literatura com relação à promoção do acesso da pessoa em situação de rua com transtorno mental como o Case Management que se configura como estratégia de suporte social e clínico promovendo laço com a comunidade; o Assertive Community Treatment (ACT) que representa amparo comunitário voltado para pacientes crônicos e com histórico de repetidas internações (Machado et al., 2007); as estratégias de Outreach que prevêm a alocação de equipes de saúde mental em espaços externos às unidades de saúde e que permitem ao sistema sanitário acessar pacientes que raramente chegam aos serviços e, por fim, o Housing First, um programa de moradia subsidiada e sem critérios rígidos de elegibilidade (Kerman et al. 2018).

Entre o final dos anos 2000 e o início da década de 10 a população em situação de rua teve ganhos importantes com a instauração de normativas de relevância como a Política Nacional para a População em Situação de Rua (2009) que definiu princípios, diretrizes e

objetivos gerais de uma política específica voltada à essa população e a Resolução N° 2/CIT (2013) que previu garantia ao acesso, melhoria dos indicadores sanitários e redução das iniquidades no âmbito do Sistema Único de Saúde. No entanto, ainda hoje, onze anos após a aprovação da Política Nacional, desafios com relação a efetivação de direitos à essa população permanecem presentes, em especial com relação à garantia ao acesso ao SUS.

Nesta pesquisa, a partir de entrevistas com informantes-chave trabalhadores e gestores do SUS da cidade do Rio de Janeiro, identificamos alguns desses desafios. Foram selecionadas nove categorias relevantes a questão do acesso à saúde de pessoas em situação de rua com transtorno mental a partir do discurso dos participantes: formação dos profissionais, manejo clínico, uso de psicotrópicos, território e violência, rede e porta de entrada, cadastro/documentação, setores secundário e terciário, intersetorialidade e sucateamento.

No decorrer das entrevistas surgiram questionamentos quanto ao número e a qualificação dos profissionais investidos no cuidado da população estudada. Barreiras ao cuidado dessa população podem surgir na medida em que existe dificuldade na consecução de boas práticas, como o acompanhamento no território da população de rua com transtorno mental, devido ao quantitativo reduzido de profissionais disponíveis no serviço para esse tipo de atividade itinerante. Posturas salvacionistas e punitivistas dos profissionais também foram relatadas. No entanto, a prática dos entrevistados com essa população aponta para um manejo que preza menos pela solução imediata ou culpabilização dos problemas que acometem o paciente, mas para a construção de um vínculo que inspire confiança e disponibilidade.

Esta pesquisa identificou desafios quanto ao tratamento medicamentoso da população-alvo em duas vertentes principais: conservação e manutenção da posse desses insumos e sua associação com outras substâncias psicoativas de uso comum por pessoas em situação de rua.

A violência territorial também foi apontada pelos participantes como uma barreira importante ao acesso. Banimentos provocados pelo cenário de repressão policial na cidade do Rio de Janeiro acentuam a itinerância característica dessa população, reconfigurando seus espaços de vida e dificultando o mapeamento dos casos pelos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, a baixa tolerância de grupos armados do território à loucura, especialmente às situações de crise, pode conduzir a uma maior vulnerabilização desse indivíduo e incitar represálias entre ameaças, expulsão ou morte.

Os participantes destacam a importância de parcerias de rede tanto em ações conjuntas de abordagem no território quanto na participação de serviços diversos no cuidado de um paciente. No entanto, a baixa cobertura da abordagem e problemas na realização dessas parcerias podem representar uma limitação da estratégia. Também foi constatado que, apesar

da dispensa da presença de documentação para o cuidado em saúde, a orientação pela regra burocrática ainda permanece como barreira de acesso para a população em situação de rua no Rio de Janeiro. Foi ressaltado que as regras de cadastro e financiamento na atenção básica podem ser um dos pontos explicativos para a persistência dessa barreira.

O conteúdo das entrevistas aponta que os participantes percebem carência de articulações intersetoriais que estejam voltadas para a população-alvo da pesquisa. A assistência social é o setor que apresenta maior capacidade de contato segundo os profissionais e gestores consultados, no entanto, a lida com o sistema de abrigo pode apresentar dificuldades para o indivíduo em situação de rua com transtorno mental uma vez que possui regras rígidas e exige sua estabilização.

Por fim, também foram relatados problemas internos ao sistema de saúde relacionados ao sucateamento da rede pública. A fragilização das equipes de cuidado implica em uma perda de sua capacidade em produzir flexibilizações, o que pode representar uma barreira para indivíduos que necessitam de estratégias diferenciadas de acesso.

Apesar de ser uma figura antiga da paisagem urbana, o louco em situação de rua permanece como questão e desafio para as políticas públicas. No entanto, esse indivíduo que, como afirma Brito (2006), faz do espaço público seu local de moradia e de laço numa condição de exclusão naturalizada através das épocas, também persiste enquanto possibilidade de uma cidade enquanto local não apenas geográfico, mas como território de investimento subjetivo. Isso nos é retratado no belo filme italiano *Cinema Paradiso* (1988).

Personagem de aparições esporádicas, o louco de rua do filme compõe o cenário da praça do Cinema Paradiso, local de encontro, convivência e troca entre os moradores da cidade. Suas reivindicações de posse do local (“La piazza è mia!”) são alvo de estranhamento dos habitantes embora exista certa tolerância a sua presença. Na conclusão da película, após muitos anos, a praça está mudada: as marcas do “progresso” são visíveis e os carros tomam conta de um espaço que antes pertencia às pessoas. No entanto, entre carros e motos, o louco ainda está lá e sua reivindicação continua. É triste vê-lo desaparecer no meio da praça-estacionamento em um dos momentos finais do filme, no entanto, essa breve cena marca uma esperança: mesmo na cidade mais hostil, a luta por um espaço que abarque a nossa singularidade persiste.

REFERÊNCIAS

ACIOLI NETO, M. DE L.; AMARANTE, P. D. DE C. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 4, p. 964–975, 2013.

AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 115–124, jan. 2012.

BORYSOW, I. DA C.; FURTADO, J. P. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 33–50, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. n. 14. Volume 50. jun. 2019. Acesso em: 01/06/2020. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/13/2019-010-publicacao.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 2 de 27 de fevereiro de 2013. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em: 16/06/2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 5 de 21 de novembro de 2012. Estabelece diretrizes para a organização de estratégias e ações por meio de planos operativos para implementação de ações em saúde para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em: 17/06/2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0005_21_11_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 31 de 30 de novembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) das ações de saúde previstas na Política Nacional para a População em Situação de Rua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em: 17/06/2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0031_22_12_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 336 de 19 de fevereiro de 2002. Acesso em: 21/06/2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Acesso em: 18/06/2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.305 de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Acesso em: 17/06/2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua: relatório. Brasília, 2006. Acesso em: 15/07/2021. Disponível em: https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/01_7-1.pdf

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Rua: aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, 2009. Acesso em: 24/05/2021. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Presidencial n. 7.035, 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. Acesso em: 01/06/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto s/n de 25 de outubro de 2006. Constitui Grupo de Trabalho Interministerial - GTI, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua, conforme disposto na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Acesso em 18/06/2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/dnn/dnn11024.htm

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 9894 de 27 de junho de 2019. Dispõe sobre o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Acesso em 18/06/2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9894.htm

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 10.087 de 5 de novembro de 2019. Declara a revogação, para os fins do disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, de decretos normativos. Acesso em: 15/07/2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D10087.htm

BRITO, M. M. M. A abordagem e a clínica no atendimento aos moradores de rua portadores de sofrimento psíquico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 26, n. 2, p. 320–327, jun. 2006.

CANAVAN, R. et al. Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities. **BMC Health Services Research**, v. 12, n. 1, p. 222, dez. 2012.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679–684, dez. 2006.

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H. DE; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 709–716, set. 2010.

COLA, J. P. et al. Estratégia Saúde da Família e determinantes para o tratamento diretamente observado da tuberculose no Brasil: estudo transversal com dados do sistema de vigilância, 2014-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, 2020.

COLDWELL, C. M.; BENDER, W. S. The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. **Am J Psychiatry**, p. 393-399, 2007.

CRAIG, T.; TIMMS, P. Facing up to social exclusion: services for homeless mentally ill people. **International Review of Psychiatry**, v. 12, p. 206-211, 2000.

CUNHA, A. T. R. DA et al. População em Situação de Rua: o Papel da Educação Médica ante a Redução de Iniquidades. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. suppl 1, p. 1-6, 2020.

DATA.RIO. Censo de População em Situação de Rua 2020, 2020. Resultados. Acesso em 24/06/2021. Disponível em: <https://www.data.rio/apps/PCRJ::censo-de-população-em-situação-de-rua-2020-1/explore>

DAVIES, A.; WOOD, L. J. Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. **Medical Journal of Australia**, v. 209, n. 5, p. 230–234, set. 2018.

DELFINI, P. S. DE S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1483–1492, out. 2009.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em Revista**, n. 24, p. 213–225, dez. 2004.

FAZEL, S. et al. The Prevalence of Mental Disorders among the Homeless in Western Countries: Systematic Review and Meta-Regression Analysis. **PLoS Medicine**, v. 5, n. 12, dez. 2008.

FOLSOM, D. P. et al. Prevalence and Risk Factors for Homelessness and Utilization of Mental Health Services Among 10.340 Patients With Serious Mental Illness in a Large Public Mental Health System. **American Journal of Psychiatry**, v. 162, n. 2, p. 370–376, fev. 2005.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, jan. 2008.

FOSTER, A.; GABLE, J.; BUCKLEY, J. Homelessness in Schizophrenia. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 35, n. 3, p. 717–734, set. 2012.

FURTADO, J. P. Subsídios para a diversificação de moradias destinadas a pessoas com transtorno mental grave no Brasil: uma revisão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 46, p. 635–647, 23 ago. 2013.

GLORIOSO, V.; SUBRAMANIAN, S. V. Equity in Access to Health Care Services in Italy. **Health Services Research**, v. 49, n. 3, p. 950–970, jun. 2014.

GODDARD, M.; SMITH, P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. **Social Science**, p. 1149-1162, 2001.

GOMES, M. F. C. M.; FERNANDES, L. L.; FRANÇA, B. A. Dinâmicas de uma cidade em transformação: urbanização, segurança pública e tráfico de drogas no Rio de Janeiro. In: CARDOSO, I. C. C. et al. Renovação urbana, mercantilização da cidade e desigualdades socioespaciais. 1ª ed. . Rio de Janeiro: Mauad X, 2013.

GORFIDO, A. Homeless and Helpless: How the United States has Failed Those With Severe and Persistent Mental Illness. **Journal of Law and Health**. v. 34, p. 106-129, 2020.

HALLAIS, J. A. DA S.; BARROS, N. F. DE. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1497–1504, jul. 2015.

KERMAN, N. et al. The effects of housing stability on service use among homeless adults with mental illness in a randomized controlled trial of housing first. **BMC Health Services Research**, v. 18, 20 mar. 2018.

KERMAN, N. et al. Predictors of Mental Health Recovery in Homeless Adults with Mental Illness. **Community Mental Health Journal**, v. 55, n. 4, p. 631–640, maio 2019a.

KERMAN, N. et al. Perceptions of Service Use Among Currently and Formerly Homeless Adults with Mental Health Problems. **Community Mental Health Journal**, v. 55, n. 5, p. 777–783, jul. 2019b.

KRAUSZ, R. M. et al. Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 48, n. 8, p. 1235–1243, ago. 2013.

LEE, S. et al. Mental health care on the streets: An integrated approach. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 44, p. 505-512, 2010.

LOUBIÈRE, S. et al. Determinants of healthcare use by homeless people with schizophrenia or bipolar disorder: results from the French Housing First Study. **Public Health**, v. 185, p. 224–231, ago. 2020.

MACHADO, L. DE F. et al. Programa de tratamento assertivo na comunidade (PACT) e gerenciamento de casos (case management): revisão de 20 anos da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 3, p. 208–218, 2007.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M. DE; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4593–4598, 25 nov. 2019.

MINAYO, M. C. DE S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1–12, 1 abr. 2017.

MINAYO, M. C. DE S. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: _____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, p. 261- 297, 2010.

OECD SOCIAL, Employment and Migration Working Papers. Policies to promote access to good-quality affordable housing in OECD countries, 2016. Acesso em: 29/05/2020. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/policies-to-promote-access-to-good-quality-affordable-housing-in-oecd-countries_5jm3p5gl4djd-en>.

OLIVEIRA, A.; LUBE GUIZARDI, F. A construção da política para inclusão de pessoas em situação de rua: avanços e desafios da intersetorialidade nas políticas de saúde e assistência social. **Saúde e Sociedade**, v. 29, 17 ago. 2020.

PAIVA, I. K. S. DE et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2595–2606, ago. 2016.

PEARSON, C.; MONTGOMERY, A. E.; LOCKE, G. Housing stability among homeless individuals with serious mental illness participating in housing first programs. **Journal of Community Psychology**, v. 37, n. 3, p. 404–417, abr. 2009.

PEREIRA, L. P. et al. Entrevista narrativa com pessoas em situação de rua com transtornos mentais: relato de experiência. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, 2021.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura da Cidade do. Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos. Plano Municipal de Assistência Social 2018 - 2021. Rio de Janeiro. 2018.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260–268, mar. 2012.

SCHREITER, S. et al. The Prevalence of Mental Illness in Homeless People in Germany. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 114, n. 40, p. 665–672, out. 2017.

SERAFINO, I.; LUZ, L. C. X. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. **Revista Katálysis**, v. 18, n. 1, p. 74–85, jun. 2015.

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 4, p. 662–679, out. 2018.

SMARTT, C. et al. Homelessness and severe mental illness in low- and middle-income countries: scoping review. **BJPsych Open**, v. 5, n. 4, 24 jun. 2019.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, maio 2016.

STEFANCIC, A.; TSEMBERIS, S. Housing First for Long-Term Shelter Dwellers with Psychiatric Disabilities in a Suburban County: A Four-Year Study of Housing Access and Retention. **The Journal of Primary Prevention**, v. 28, n. 3–4, p. 265–279, 17 jul. 2007.

TORNATORE, G. **Cinema Paradiso**. Itália, 1988. 1 filme (155 min).

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190–S198, 2004.

TSEMBERIS, S. Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction Manual. **European Journal of Homelessness**. v. 5, n. 2, p. 235–240, dez. 2011.

TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 4o edição. Ed. Vozes. Rio de Janeiro, 2010.

VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F. A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. 1-21, 2020.

VIEGAS, S. M. DA F.; PENNA, C. M. DE M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 181–190, jan. 2013.

WRIGHT, N. M.; TOMPKINS, C. N. How can health services effectively meet the health needs of homeless people? **The British Journal of General Practice**, v. 56, n. 525, p. 286–293, 1 abr. 2006.

ZUIM, R. C. B.; TRAJMAN, A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, p. 1-19, 13 ago. 2018.