

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

Instituto de Saúde

ISABELA DIAS MENDONÇA DE ARAÚJO

**ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL ENTRE A ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL E O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA
SOCIAL:**

**O CUIDADO OFERTADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO
DE RUA EM FRANCO DA ROCHA/SP**

SÃO PAULO

2022

ISABELA DIAS MENDONÇA DE ARAÚJO

**ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL ENTRE A ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL E O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA
SOCIAL:
O CUIDADO OFERTADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO
DE RUA EM FRANCO DA ROCHA/SP**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto
de Saúde, para obtenção do título de Especialista em Saúde
Coletiva.**

Orientador: Lígia Rivero Pupo

SÃO PAULO

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Araújo, Isabela Dias Mendonça de

Articulação intersetorial entre a atenção psicossocial e o sistema único de assistência social: o cuidado ofertado à população em situação de rua em Franco da Rocha – São Paulo, 2022.

84 f.

Orientador (a): Lígia Rivero Pupo

“A população em situação de rua desafia nossa capacidade de aceitação e convivência. Os que mais necessitam, os que estão em situação de maior risco, muitas vezes, são os que mais resistem, são também os que mais nos humanizam e preparam para as melhores ações. Vinculação também é escolha, é seleção. Escolhamos, pois, os que nos humanizam e disponibilizam, sem medo. Um bom profissional é em primeiro lugar uma pessoa, que humaniza a vida!”

Padre Júlio Lanceloti.

ARAÚJO. Isabela Dias Mendonça de. **Articulação intersetorial entre a atenção psicossocial e o sistema único de assistência social: o cuidado ofertado à População em Situação de Rua em Franco da Rocha/SP.** [monografia]. Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2022.

RESUMO

Introdução: a População em Situação de Rua (PSR) é um grupo populacional heterogêneo e crescente no Brasil, excluído de direitos sociais básicos, tais como saúde, educação, trabalho, moradia, lazer e segurança, e frequentemente relegada a invisibilidade. A Política Nacional para a População em Situação de Rua representou uma importante iniciativa nacional de abordagem a este grupo. No contexto atual de pandemia de Covid-19, é de grande relevância a discussão acerca das ações de cuidado ofertadas a este grupo social, historicamente negligenciado e marginalizado, e que teve um aumento exponencial neste período. A RAPS e o SUAS abrangem equipamentos essenciais na atenção dessa população, como o Centro POP e o CAPSad, caracterizando a porta de entrada da PSR para as demais políticas públicas. **Objetivo:** identificar as estratégias de rede e de articulação intersetorial entre os serviços da RAPS e do SUAS utilizadas pelo município de Franco da Rocha, para o cuidado psicossocial de pessoas em situação de rua durante a pandemia de Covid-19. **Metodologia:** estudo de caso, no qual foram realizadas catorze (14) entrevistas semiestruturadas de maneira remota, com gestores e profissionais de serviços da RAPS e do SUAS, tanto da atenção básica e proteção social básica, como da atenção especializada e proteção social de média complexidade e responsáveis pela gestão de cada sistema de atenção. Os dados coletados foram transcritos, ordenados e analisados segundo três categorias: funcionamento e organização dos serviços, trabalho em rede e articulação intersetorial, e cuidado ofertado para PSR no contexto de pandemia de Covid-19. **Conclusão:** foi possível concluir que a atenção básica e a proteção social básica desempenham papel secundário na atenção à esta população; há falta de planejamento intersetorial de linhas de cuidado; não existem trabalhos de rastreamento de problemas de natureza psicossocial e de sofrimento mental junto a PSR; não há busca ativa deste grupo social por outros serviços além do Centro Pop; as relações entre os profissionais acontecem à nível pessoal, não institucional.

Palavras-chave: Política Pública, Integralidade em Saúde, População em Situação de Rua, Serviços de Saúde Mental, Planejamento em Saúde, Colaboração Intersetorial.

ARAÚJO. Isabela Dias Mendonça de. **Intersectoral articulation between the psychosocial care and the social care system: the care offered to the homeless population in Franco da Rocha/SP.** [monography]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2022.

ABSTRACT

Introduction: the homeless population (PSR) is a heterogeneous and growing group in Brazil, excluded from basic social rights, such as health, education, work, housing, leisure and security, and often invisible. The National Policy for the Homeless Population represented an important national initiative to address this group. In the current context of the Covid-19 pandemic, the discussion about the care actions offered to this social group, historically neglected and marginalized, which has had an exponential increase in this period, is of great importance. RAPS and SUAS cover essential equipment in the care of this population, such as the Center POP and CAPSad, characterizing the PSR's gateway to other public policies. **Objective:** to identify the network and intersectoral articulation strategies between the RAPS and SUAS services used by the municipality of Franco da Rocha, for the psychosocial care of homeless people during the Covid-19 pandemic. **Methodology:** this is a case study, in which fourteen (14) semi-structured interviews were carried out remotely, with managers and professionals from RAPS and SUAS services, both in primary care and basic social protection, as well as in specialized care and social protection. of medium complexity and responsible for the management of each care system. The collected data were transcribed, sorted and analyzed according to three categories: functioning and organization of services, networking and intersectoral articulation, and care offered to PSR in the context of the Covid-19 pandemic. **Conclusion:** it was possible to conclude that primary care and basic social protection play a secondary role in the care of this population; there is a lack of intersectoral planning of lines of care; there are no work on tracking problems of a psychosocial nature and mental suffering with PSR; there is no active search by this social group for services other than Centro Pop; relationships between professionals take place on a personal, not institutional, level.

Keywords: Public Policy, Health Integrality, Homeless People, Mental Health Services, Health Planning, Intersectoral Collaboration.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde Mental
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS Adulto	Centro de Atenção Psicossocial Adulto
Caps ij	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CDI	Centro Dia para Idosos
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
Centro Pop	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CTA	Centro Temporário de Acolhimento
eCR	Equipe de Consultório na Rua
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
PAIF	Programa de Atenção Integral à Família
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAT	Programa de Alimentação do Trabalhador
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos
SEAS	Serviço Especial de Abordagem Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Caracterização da População em Situação de Rua.....	10
1.2 Articulação intersetorial.....	14
1.3 RAPS, SUAS e População em Situação de Rua.....	16
1.4 Franco da Rocha.....	25
1.5 População em Situação de Rua e a Pandemia de Covid-19.....	27
2 JUSTIFICATIVA	28
3 OBJETIVOS.....	28
3.1 Geral.....	28
3.2 Específicos.....	28
4 METODOLOGIA.....	29
5 ANÁLISE.....	32
5.1 Organização e funcionamento dos equipamentos da RAPS e do SUAS.....	32
5.1.1 Equipamentos RAPS.....	32
5.1.2 Equipamentos SUAS.....	40
5.2 Trabalho em rede e articulação intersetorial.....	46
5.3 Cuidado ofertado à População em Situação de Rua.....	54
6 CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS.....	66
ANEXOS.....	70
Anexo A – TCLE	70
Anexo B – Questionário Apoiadora RAPS.....	71

Anexo C – Questionário gestão SUAS.....	73
Anexo D – Questionário gerente UBS.....	76
Anexo E – Questionário CRAS.....	78
Anexo F – Questionário Centro Pop.....	81
Anexo G – Questionário CAPSad.....	83

1. INTRODUÇÃO

1.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O alinhamento conceitual em torno do fenômeno social caracterizado pela População em Situação de Rua (PSR) é de fundamental importância para a execução do censo nacional e regional, para análises e comparações de dados sociais e de saúde com outros grupos populacionais e principalmente para o estabelecimento e proposição de políticas públicas adequadas às necessidades dessa população. (Laura C, Cruz AD, et al. 2021). A clareza em torno desse tema se torna essencial, uma vez que existe um número crescente de pessoas no Brasil, excluídas dos direitos sociais básicos, tais como educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, entre outros, e que são relegadas à invisibilidade (PAIVA. IKS, 2016).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída através do Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009, que representou a primeira iniciativa nacional de reconhecimento dos direitos desse grupo, considera essa população como:

“um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.” (BRASIL, 2009).

Em âmbito estadual, em 06 de outubro de 2017, foi instituída a Política Estadual de Atenção Específica para a População em Situação de Rua, que prevê sua implementação de forma descentralizada e articulada com os municípios e com oferta de apoio técnico e financeiro para a efetivação de seus objetivos. Caso o município tenha interesse em aderir, deve encaminhar um ofício ao Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. (SÃO PAULO, 2017).

Em relação aos dados censitários da PSR, foi realizado entre agosto de 2007 e março de 2008 o I Censo e Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua num total de 71 municípios brasileiros, sendo 23 capitais e 48 municípios considerados de grande porte. Foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua com mais de 18 anos, a maioria identificada como sexo masculino (82%).

Em relação à raça/cor, 39,1% se declararam pardos, 29,5% brancos e 27,9% pretos. Sobre escolaridade, 63,5% não concluiu o primeiro grau, 17,1% não sabe ler nem escrever e 8,3% assinam apenas o nome. Entretanto, 3,8% dos sujeitos pesquisados afirmaram estar fazendo curso profissionalizante. (BRASIL, 2009).

Um dado extremamente alarmante levantado pelo Censo, diz respeito ao impedimento dessa população em acessar locais públicos. Do total dos entrevistados, 18,4% afirmaram ser impedidos de acessar serviços de saúde e receber atendimento adequado.

Atualmente, segundo a nota técnica divulgada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o número de pessoas em situação de rua no Brasil em março de 2020 era 221.869, sendo 124.698 na região sudeste do país. Outro dado importante desse documento revela a falta de preenchimento do Censo Suas por parte dos municípios. No ano de 2019, apenas 1.589 municípios preencheram os dados referentes à PSR em seu território, num total de 5.570 municípios brasileiros. (IPEA, 2020). Esse estudo revelou um crescimento de 140% desde setembro de 2012 a março de 2020 dessa população, sendo que a maior parte (81,5%) está em municípios com mais de 100 mil habitantes, principalmente nas regiões Sudeste (56,2%), Nordeste (17,2%) e Sul (15,1%). (Laura C, Cruz AD, et al. 2021). Dentre os principais motivos que levaram esta população à condição de rua estão o desemprego (29,8%), conflitos familiares (29,1%) e o uso abusivo de álcool e outras drogas (35,5%). (LAURA C, CRUZ AD, et al. 2021).

Os dados levantados – e a falta deles – mostra o descaso e desinteresse com o qual esta população é tratada pelo poder público em suas três esferas, nacional, estadual e municipal. A tentativa de silenciamento daquilo que não se quer ver, torna ainda mais vulnerável aqueles que foram esquecidos pelo Estado. Infelizmente é ainda frequente a existência de ações de opressão por parte do setor de segurança do poder público que, ao invés de garantir políticas de assistência social e programas de moradia, desmonta as moradias precárias e leva os poucos pertences desses indivíduos, intensificando sua situação de vulnerabilidade. (PAIVA. IKS, 2016).

O Conselho Regional de Psicologia (CRP) do estado de Minas Gerais, produziu um documento com os resultados da pesquisa “Atuação profissional de psicólogas e psicólogos em políticas para a população em situação de rua”, realizada pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e

Políticas Públicas (CREPOP), que discutiu o que significavam os conceitos de exclusão e inclusão no modo de produção capitalista. Segundo Barder Sawaia (2012):

“A sociedade exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem social desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão. Todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do econômico.” (SAWAIA, 2012, p.14)

Este conceito remete à culpabilização individual pela exclusão do sistema, remetendo ao sujeito a culpa de sua não inclusão. Ainda de acordo com Sawaia (2012), a exclusão é um processo complexo, forjado nas determinações sociais de raça, classe e gênero. (p.16), aspectos que também constituem o processo de saúde-doença, que, por sua vez, é multidimensional e é fruto da interação entre os aspectos biológicos, sociais, culturais, econômicos, políticos.

Essa breve leitura sobre a dialética entre exclusão e inclusão demonstra a importância da elaboração de políticas públicas como garantia de direitos humanos básicos e a frequente omissão do Estado em cumprir o seu papel definido pela Constituição Federal de 1988.

Dito isso, o atual contexto de pandemia de Covid-19 que assolou o mundo nos anos de 2020 e 2021, deixou ainda mais à deriva uma população que é historicamente negligenciada. Essa população torna-se naturalmente mais suscetível à infecção pela Covid-19 devido às condições precárias de existência e à clara impossibilidade de isolamento social. Essa alta suscetibilidade a infecções sintomáticas gera uma pressão no sistema de saúde, com riscos de hospitalização e morte em razão do facilitado declínio físico proporcionado por várias causas e patologias concomitantes, somado às situações de sofrimento mental e uso abusivo de álcool e outras drogas que frequentemente se somam a esse contexto. (Honorato e Oliveira, 2020). Essa alta vulnerabilidade é exemplificada através do estudo de Baggett et al. (2020), que constatou que num período de 15 dias de observação de 182 adultos, a frequência cumulativa de casos era de 46,3 por mil pessoas. Enquanto a frequência da população domiciliada no mesmo período era de 1,9 casos por mil pessoas.

Com o objetivo de propor alternativas de atuação com a PSR, os autores levantaram algumas estratégias que foram pensadas e/ou implementadas por municípios de 15 estados brasileiros das cinco regiões. As estratégias foram divididas em cinco categorias: prevenção (oferta de produtos de limpeza e proteção, refeições, mapeamento desse grupo), intervenção (atendimento,

encaminhamento a unidades de saúde, transporte, ações de isolamento), conscientização (oferta de informações e orientação), infraestrutura (instalação de pias em locais de acolhimento, recursos para aluguel de pousadas e hotéis populares, novos pontos de acolhimento e abrigos adaptados) e formação de trabalhadores. A ação mais frequente praticada pelos entes federativos foi a adaptação dos pontos de acolhimento, seguida pelo estabelecimento de novos abrigos temporários.

Honorato e Oliveira (2020) apontaram que as intervenções de maior destaque e mais amplamente propostas, foram as ações de coleta e distribuição de itens de higiene e alimentação, assim como as orientações sobre a doença e sobre os modos de prevenção, inclusive nos abrigos e espaços coletivos ofertados a esses grupos:

“É interessante destacar ainda a diversidade de medidas de adaptação nos equipamentos de atendimento à PSR, desde as mais simples, como intensificação da higiene do ambiente e dos acolhidos, redução da capacidade de pessoas e afastamento dos beliches, até as mais complexas, como triagem de pessoas que apresentarem sintomas ou que compõem o grupo de risco, além de instalação de ambulatórios.” (HONORATO; OLIVEIRA, 2020, p.1068).

É pertinente ressaltar que muitas das ações partiram dos próprios profissionais, pois em várias localidades não houve um plano de ação voltado para esta população proposto por nenhuma das três esferas de governo. Além disso, reportou-se uma significativa desarticulação entre os serviços e um número limitado de profissionais para abordar esse grupo populacional. (HONORATO; OLIVEIRA, 2020).

Por fim, vale ressaltar que no caderno de “Recomendações para os Consultórios na Rua e a Rede de Serviços que atuam junto com a População em Situação de Rua” produzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), as equipes de Consultório na Rua são colocadas como centrais no cuidado desta população, demonstrando a importância de sua implementação nos municípios:

“A vasta experiência e legitimidade acumulada pelas equipes de Consultório na Rua (eCR), em âmbito local, colocam-nas em destaque na construção das estratégias de assistência e cuidado. A mobilidade e a agilidade dessas equipes contribuem para um cenário, no qual, espera-se que as eCR assumam o protagonismo nas ações de saúde e na articulação da rede.” (FIOCRUZ, 2020, p.205)

A cartilha tratou também da importância da intersetorialidade entre os serviços de saúde e de assistência social, mais especificamente os Centros Pop, CREAS e as equipes de Abordagem Social, trazendo como principais objetivos dessa articulação: *“pautar-se na transparência do*

conhecimento sobre a situação, na estruturação do cuidado e no desenvolvimento e funcionamento das ações e serviços envolvidos com a PSR, tendo como finalidade o asseguramento de condições dignas de vida e de saúde para essa população” (p.207).

Além disso, são levantados alguns itens que devem ser levados em consideração no planejamento desse cuidado, como: a proteção dos trabalhadores envolvidos, a oferta de acolhimento institucional de forma inclusiva e acolhedora, a construção de planos de ação para guiar as equipes de forma organizada, clara e eficiente, e o uso da informação sistematizada com o contínuo preenchimento de prontuários eletrônicos para que se tenha informação atualizada para elaboração de novos planos e condutas.

1.2 ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

Como já mencionado anteriormente, a articulação intersetorial entre os sistemas de saúde e assistência social é imprescindível para o cuidado da população em situação de rua. De acordo com Carmo e Guizardi (2017), as duas políticas públicas atuam sob as determinações sociais da processo saúde-doença e buscam a melhoria das condições sociais concretas de vida da mesma população e, por isso, compartilham algumas características: problemas articulados e complexos, a capilaridade no território e a organização em sistemas únicos hierarquizados e regionalizados.

As autoras ressaltam que o conceito de “intersetorialidade” entre essas políticas é pouco discutido em âmbito nacional, mas apresentam uma definição que a define como: *“um novo processo na dinâmica governamental para o alcance de resultados integrados, sem perder de vista a dimensão do planejamento e da avaliação em políticas públicas permeadas pela participação da sociedade civil.”* (INOJOSA, 2001 apud CARMO; GUIZARDI, 2017).

Um estudo realizado por realizado por Macedo, Souza e Carvalho, na cidade de Teresina (Piauí) em 2020, com equipes de Consultório na Rua, Centro POP e uma terceira equipe ligada a este último serviço, indicou que o trabalho em equipe é indispensável para que a intersetorialidade se efetue na prática e destacam a importância de os profissionais conhecerem os princípios norteadores e diretrizes dos sistemas que estão inseridos, assim como dos outros sistemas que integram o cuidado daquela população, para que a linha de cuidado conjunta seja bem pactuada e

cada ator saiba seu papel na atuação. Os autores destacam também a importância do conhecimento do público-alvo e do território que este habita:

“Trata-se de um contingente populacional marcado por demandas e atravessadores de múltiplas ordens e com níveis de complexidade/necessidades de intervenção também diferentes, não sendo possível ser reduzido a um único campo de saber.” (MACEDO; SOUZA; CARVALHO; 2021, p.164).

Avelar e Malfitano (2018) também destacam que as condições concretas para efetivação dessa articulação são reduzidas, dependendo da disposição dos trabalhadores, o que indica uma política que não sai do papel e distante dos problemas reais da população. As autoras afirmam que *“é essencial se discutir a formação de redes como uma práxis de governo, que efetive mudanças substanciais na dinâmica das instituições”* (AVELAR; MALFITANO, 2018, p.3207).

Outro ponto de importante destaque é a falta de participação da sociedade civil no processo de construção e articulação de ações entre as secretarias, que deveria ser encarada como um participante ativo nesta rede e não apenas como o alvo de ações e intervenções: *“a participação popular qualifica as ações, já que ouve aqueles a quem se destinam as intervenções. Além disso, facilita a desconstrução de julgamentos pré-estabelecidos e a reprodução de violências, além de compreender o território como parte produtora da política pública.”* (AVELAR; MALFITANO, 2018, p.3207).

Pensando na PSR, a mesma pesquisa citada anteriormente realizada por Macedo, Souza e Carvalho (2020) destacou a necessidade de desenvolver um trabalho ativo, que favoreça a troca de informações e corresponsabilização pelo usuário, e ressaltam que não se deve abandonar os níveis mais complexos do cuidado em saúde ou da proteção social, mas cada vez mais buscar a integralidade entre todos os componentes das redes:

“se o trabalho em equipe é um caminho imperativo na assistência à PSR, necessitando construir relações interdisciplinares para uma melhor compreensão e operação das demandas deste público, é urgente e necessário o trabalho intersetorial, pois tais demandas são eminentemente intersetoriais. Nesse cenário, a clássica clausura setorial das políticas públicas se torna insustentável, pois a complexidade e a multideterminação da PSR arrastam as políticas sociais ao limiar, tornando urgente e imperativo ultrapassar não apenas o isolamento dos núcleos profissionais conformados nas equipes, mas a rigidez setorial das políticas” (MACEDO; SOUZA; CARVALHO, 2020, p. 166).

Em relação às dificuldades e potencialidades deste trabalho integrado, tal pesquisa mostrou que o tamanho da equipe, as diferenças profissionais e a extrema divisão técnica do trabalho podem

ser obstáculos para o funcionamento pleno desta articulação. Por outro lado, as ações intersetoriais tem o potencial de: aumentar a resolutividade, coesão e produtividade, dando agilidade e eficiência ao trabalho; evitar o trabalho duplo e intervenções desnecessárias por falta de comunicação entre os profissionais; proporcionar a melhoria do atendimento e a integralidade da atenção à PSR. (MACEDO; SOUZA; CARVALHO, 2020, p.164).

Os autores destacam que o campo da saúde apresenta outros tipos de entraves entre os serviços que o constituem e que o tornam excludente para esta população, tais como: ausência de documentação desse grupo, a exigência de o usuário ter um acompanhante e o desconhecimento do Consultório na Rua dentro da própria rede. Em relação ao primeiro ponto, em 2011 foi instituída a portaria nº 940 que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão) que retira a obrigatoriedade de apresentação de documentação por uma pessoa em situação de rua (Brasil, 2011). No que diz respeito às dificuldades internas do SUAS, os autores citam um obstáculo no cumprimento de fluxo interno de encaminhamentos entre os serviços que atuam com a PSR (CENTRO POP, SEAS e Serviço de Acolhimento Institucional) relacionado à forma hierarquizada em que estão organizados.

Os resultados desta pesquisa ainda mostraram que os grandes protagonistas do cuidado à PSR são o Consultório na Rua e o Centro POP, atuando de forma a convocar os outros pontos de atenção para se voltarem à esta população, cumprindo o papel que lhes foi incumbido e assumindo um compromisso ético-político de transformação concreta da realidade. (MACEDO; SOUZA; CARVALHO, 2020).

1.3 A RAPS, O SUAS E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A organização do sistema de saúde de um país deve ser pensada a partir das necessidades de saúde de sua população. Por esse motivo, de acordo com Mendes (2010):

“As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada – e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população” (MENDES, 2010, p.2300).

Desse modo, para se constituir uma rede de atenção à saúde (RAS) é preciso considerar três aspectos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população atendida por uma rede de saúde deve ser totalmente conhecida e registrada de acordo com níveis sócio-sanitários e fatores de risco. (Mendes, 2010). A estrutura operacional, por sua vez, é caracterizada por outros cinco elementos: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Mendes (2010) explica que o centro de comunicação é o grande orquestrador que coordena os fluxos e contrafluxos da rede de saúde, sendo que este papel deve ser assumido pela Atenção Primária à Saúde (APS).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011, a Atenção Básica deve cumprir com algumas funções para contribuir com o pleno funcionamento das RAS, sendo elas: ser a base da rede com maior grau de capilaridade e descentralização; ser resolutiva; coordenar o cuidado, acompanhar e organizar os fluxos de atendimento entre os serviços de saúde e, por fim, ordenar as redes de acordo com as necessidades da população. (BRASIL, 2011).

Atualmente, o SUS conta com cinco redes de atenção estabelecidas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2011 e 2014: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Para a finalidade deste trabalho, será dado destaque à RAPS e sua atuação junto à População em Situação de Rua (PSR).

Como explicam Sampaio e Júnior (2021), com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001, foi possível propor e colocar em prática uma rede substitutiva ao antigo modelo manicomial, com serviços de diferentes complexidades integrados ao território e promovendo o cuidado em saúde mental em liberdade. Segundo os autores: *“a experiência brasileira de implementação do novo modelo de cuidado em saúde mental objetivou ofertar um novo lugar social para o sofrimento mental, orientado pelo paradigma psicossocial, que toma como centralidade o sujeito em suas diversas dimensões, dentro de um contexto socio comunitário”*. (SAMPAIO; JÚNIOR, 2021, p.328).

A portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 que instituiu a RAPS no âmbito do SUS, a constitui por: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência,

atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Importante ressaltar que a Portaria previu desde o início o cuidado de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, para além de transtornos mentais graves. (BRASIL, 2011).

Com a homologação desta portaria, preconizou-se a presença e a participação no cuidado ao sofrimento mental de uma atenção básica forte e atuante no território, indo em direção oposta à premissa de que o cuidado em saúde mental só pode ser feito por especialistas. Segundo Nunes et. al (2007) apud Miranda, Oliveira e Santos (2014):

“Já nos anos de 1970 e 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhecia a impossibilidade dos serviços de saúde mental ficarem a cargo exclusivo de especialistas e preconizava a descentralização dos serviços, sua incorporação em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade.” (NUNES et. al (2007) apud MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS (2014), p.595).

Mesmo assim, de acordo com os autores, através de um estudo realizado entre 2012 e 2013 em uma cidade de médio porte, com 80 sujeitos de oito unidades de Estratégia de Saúde da Família e do NASF, sendo estes profissionais e usuários do CAPS, foi constatado como o CAPS ainda é colocado no centro do cuidado em saúde mental e é visto pelos outros equipamentos e pela gestão municipal como o detentor do saber sobre sofrimento mental, isolando este serviço dos demais, sem abrir possibilidade de uma rede integrada com outras instituições e com outras secretarias.

Segundo Fidelis (2016), o cuidado psicossocial previsto na RAPS vê o sujeito em sua totalidade, para além de sua doença e por este motivo a intervenção não é focada nos sintomas, mas sim numa tentativa de potencializar diferentes aspectos que englobam a vida da pessoa, formando um modelo de atenção que ultrapassa as questões do campo da saúde, alcançando as dimensões sociais. A autora resalta também que um grande diferencial da atenção psicossocial são as técnicas empregadas, dando maior ênfase para atividades coletivas, interações em grupos e oficinas terapêuticas, além de ações no território que capacitem o indivíduo para interações além do espaço do serviço.

A atuação dos CAPS é de extrema importância no que tange o cuidado em saúde mental da PSR. Um ano após a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, foi promulgada a Portaria nº 336

de 19 de fevereiro de 2002 que estabelece os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e apresenta suas três possibilidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos de acordo com o número de habitantes do território que será implementado, e as suas três modalidades infanto-juvenil e álcool e outras drogas.

Dois anos após a aprovação da Portaria nº 336, o Ministério da Saúde publicou um caderno informativo chamado “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial”, com objetivo de informar os profissionais de saúde sobre os CAPS e seu funcionamento. Os CAPS são definidos como:

“Serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.” (BRASIL, 2004, p.13).

O CAPS oferece atendimento no período diurno e quando possível, noturno. As atividades variam de acordo com o objetivo do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada sujeito atendido, podendo conter: atendimento individual ou em grupo, atendimento para a família, atividades comunitárias e assembleias ou reuniões de organização do serviço. (BRASIL, 2004).

Em relação às modalidades de CAPS, o documento explica que as unidades diferem quanto a demanda, estrutura física, recursos humanos e ações oferecidas. Os CAPS I e II tem objetivo de realizar atendimentos diários da população adulta, enquanto o CAPS III oferece atendimento diurno e noturno, para a mesma população. O CAPSi atende a demanda de crianças e adolescentes com transtorno mental grave e o CAPSad é responsável pelo atendimento da demanda de álcool e drogas e transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias, tendo também a possibilidade de internação por 7 dias com objetivo de desintoxicação. (BRASIL, 2004).

Importante salientar que este equipamento não deve restringir a oferta de cuidado à uma população específica, muito menos renunciar ao trabalho em rede proposto pelo SUS e pela RAPS. O documento determina que:

“Os CAPSad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos.” (BRASIL, 2004, p.24).

Outro diferencial do modelo de atenção psicossocial é a forma de relação entre usuários e profissionais. Fidelis (2016) aponta para a importância de uma relação horizontal, não colocando o profissional num lugar de suposto saber e o usuário em possível passividade, sem espaço para reivindicar seu próprio tratamento e conclui que:

“É possível constatar que somente a implantação de dispositivos assistenciais no campo da saúde mental não é suficiente para atestar uma mudança consistente na forma de conceber a loucura e assistir a pessoa em sofrimento psíquico. A atenção psicossocial em sua essência extrapola a mera substituição de um locus de tratamento para outro, implica em mudanças teórico-conceituais, além de mudanças práticas” (FIDELIS, 2016, p. 41).

Salgado e Rojas (2018), fizeram um estudo na cidade de Limeira (São Paulo) abordando os desafios da construção de um PTS para população em situação de rua, por profissionais da RAPS. Foi apresentado que a intenção dos profissionais em construir um PTS ideal frequentemente não respeita as condições de vida, o tempo e a liberdade do usuário para decidir o que é melhor para si. As autoras apontam também a falta de intersetorialidade para o cuidado desta população como agravante à não adesão ao tratamento e acompanhamento, argumentando que uma boa prática em saúde é uma combinação entre os saberes dos profissionais de diversas áreas e o conhecimento do usuário.

Isto posto e pensando no cuidado da PSR, é imprescindível falar das estratégias da atenção básica que partem do princípio de maior capilaridade no território, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as equipes de Consultório na Rua. Carneiro Júnior, Jesus e Crevemlim (2010), discutem a dificuldade de acesso ao cuidado em saúde para diferentes grupos sociais. Para os autores, não é suficiente apenas a existência do espaço físico que caracteriza um serviço, mas também a acessibilidade, referente à proximidade geográfica, assim como o fluxo organizativo do serviço e aceitabilidade, que diz respeito à forma como a população atendida será recebida e tratada no serviço. Esta última dimensão pode dificultar o acesso desta população, através da exigência de documentos, restrição no atendimento de demanda espontânea, dificuldade na criação de vínculos sólidos, preconceitos e falta de articulação intersetorial.

Por sua vez, a estratégia de Consultório na Rua instituída através da PNAB de 2011, é um componente da atenção básica, integrante da RAPS, que tem como objetivo lidar com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, ampliando o acesso e a qualidade do cuidado. Um dos diferenciais destas equipes é a realização de atividades in loco, de forma itinerante, trabalhando em conjunto com outros equipamentos do território de acordo com a necessidade de cada usuário. As equipes são multiprofissionais e podem conter médicos, enfermeiros, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico de enfermagem e técnico em saúde bucal. (BRASIL, 2011).

De acordo com o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua, produzido pelo Ministério da Saúde em 2012, a estratégia de Redução de Danos deve ser elemento constitutivo do cuidado ofertado para a PSR, pois esta é *“uma estratégia desenvolvida para pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir/cessar o uso de drogas, bem como para os demais usuários com dificuldade para acessar serviços de saúde ou aderir ao cuidado integral à saúde.”* (p. 43). Ainda de acordo com o manual, a forma de vincular o sujeito à equipe impacta nas condições individuais e coletivas desta população, criando uma nova relação com os serviços de saúde e possibilitando a procura futura pelo tratamento de alguma condição. (BRASIL, 2012).

Pensando no cuidado em saúde mental da PSR, Borysow e Furtado (2013), debatem o acesso ao atendimento e acompanhamentos à serviços de saúde mental para pessoas em situação de rua com transtorno mental grave e identificam uma lacuna entre esta população e os serviços, que acarreta na falta de procura, agravamento e acúmulo de sintomas. Os autores apontam que a PSR chega aos serviços de saúde quando levadas por instituições e programas socioassistenciais e mesmo assim podem ter seu acesso impossibilitado pela forma que chegam:

“Essas experiências muitas vezes vão desencorajar futuras procuras e inserções nos serviços de saúde. Trata-se de uma clientela com especificidades que fogem às características apresentadas pelos usuários do setor saúde, gerando refratariedades de diversas ordens, as quais terão consequências para o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde mental.” (BORYSOW; FURTADO, 2013, p.41).

Conforme Hack e Rohweder (2021) apontam que a “desordem mental ou psiquiátrica” ocupa o segundo lugar entre os problemas de saúde mais enfrentados pela PSR, ao mesmo tempo em que esta é considerada a população mais vulnerável em relação ao processo saúde-doença como

um todo. Com isso, destacam a importância da Constituição Federal de 1988 preconizar o direito à saúde de todos os cidadãos como um dever do Estado brasileiro através da implementação de políticas públicas que garantam equidade e integralidade.

Porém, somente 21 anos depois da Constituição Cidadã, através do Decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009 instituiu-se a Política Nacional para a População em Situação de Rua, propondo comitês gestores intersetoriais, compostos por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, com a participação de fóruns, movimentos e entidades representativas desse segmento da população.

Segundo Hack e Rohweder (2021), no que se refere à importância da intersetorialidade para o cuidado com a PSR, é fundamental abordar o papel da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004 e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), implantado em 2005, a partir da V Conferência Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2013), na oferta de políticas públicas para este grupo.

O Ministério da Cidadania define quatro tipos de gestão do SUAS: federal, estadual, municipal e do Distrito Federal. As responsabilidades do nível federal é formular, apoiar, articular e coordenar crises. Ao nível estadual compete a gestão da assistência social dentro do seu território geográfico, com as responsabilidades definidas pela Norma Operacional Básica (NOB).

Os municípios e Distrito Federal tem três possíveis níveis de gestão: inicial, básica e plena. Municípios que atendam a requisitos mínimos propostos pela NOB são classificados como gestão inicial e tem a responsabilidade de executar as ações de Proteção Social Básica com recursos próprios. No nível básico, o município assume a gestão da proteção social básica por completo e com autonomia para executar ações próprias, responsabilizando-se pela oferta de programas, projetos e serviços socioassistenciais, e no nível pleno passa à gestão total das ações socioassistenciais básica e especial em seu município, devendo prevenir situações de risco, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, além de proteger as situações de violação de direitos ocorridas em seu município. (NORMA OPERACIONAL BÁSICA NOB/SUAS, 2005).

Em relação à PNAS, os objetivos preconizados na lei são:

“Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitem; contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural e assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária.” (BRASIL, 2004, p.33).

Nesta política estão previstos os níveis de proteção social existentes e quais serviços os compõe. A Proteção Social Básica, que tem como principal unidade de atuação o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), com objetivos de *“prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, promovendo a autonomia social das famílias.”* (BRASIL, 2004). Para isso, dispõe de alguns programas e serviços tais como: o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF), o Benefício de Prestação Continuada (BPC) que garante uma renda no valor do salário-mínimo em vigência, o Serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, o Programa de inclusão produtiva, Projetos de enfrentamento da pobreza, os Centros de Convivência para Idosos (CDI), os Serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens, os Programas de incentivo ao protagonismo juvenil, e os Centros de informação e de educação para o trabalho. (BRASIL, 2004).

Em relação à Proteção Social Especial de média complexidade, a PNAS prevê que esta é a:

“Modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras.” (BRASIL, 2004, p.37).

Os programas que atuam na média complexidade são: Serviço de orientação e apoio sociofamiliar, Plantão Social, Serviço de Abordagem Social, Cuidado no Domicílio, Serviço de Habilitação e Reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência e Medidas socioeducativas em meio-aberto.

E por fim, a Proteção Social Especial de alta complexidade compreende as ações que *“garantem proteção integral, como moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ ou em situação de ameaça, necessitando*

ser retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário” (p.38). Compõem esse nível de proteção os serviços: Atendimento Integral Institucional, Casa Lar, República, Casa de Passagem, Albergue, Família Substituta, Família Acolhedora, Medidas socioeducativas restritivas e privativas de liberdade e Trabalho protegido. (BRASIL, 2013 p.38).

Pensando na assistência à PSR, destacam-se dois serviços: Centro de Referência especializado para População em situação de Rua (Centro POP) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que constituem a Proteção Social Especial de média complexidade e de acordo com o Caderno “Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop”, tem como objetivo a *“criação de novos projetos e trajetórias de vida, visando à construção do processo de saída das ruas e o alcance da referência como sujeitos de direitos na sociedade brasileira.”* (BRASIL, 2011 p.37)

O Centro Pop deve ofertar o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, que promove oficinas e atividades que estimulem o alcance da autonomia e a mobilização e participação social dos usuários, e pode ofertar também o Serviço de Abordagem Social, este segundo não sendo obrigatório. A pessoa em situação de rua pode acessar o serviço através de demanda espontânea ou por encaminhamento de outros serviços, da Assistência Social ou de outras políticas públicas.

Para implementar este equipamento, cabe ao órgão gestor fazer um diagnóstico socioterritorial para identificar as áreas de maior circulação e fluxo de movimentação desta população. Uma vez instalado, o Centro Pop tem capacidade para acompanhar até 80 casos/famílias por mês e sua equipe deve conter um coordenador, assistente social, psicólogo, técnico de nível superior, profissionais de nível superior ou médio para a realização do Serviço Especializado em Abordagem Social e auxiliar administrativo. (BRASIL, 2011, p. 53).

O CREAS, por sua vez, oferta obrigatoriamente o PAEFI, o Serviço de Medida Socioeducativa em meio aberto e Serviço de Abordagem Social. Seu público-alvo são famílias ou indivíduos que tiveram seus direitos violados e se encontram em situação de risco pessoal e social. Por ser considerado um serviço “porta aberta”, ele pode ser acessado através de demanda espontânea por qualquer sujeito, que terá seu caso avaliado para dar início ao acompanhamento ou

será feito encaminhamento para outra unidade que atenda melhor aquela demanda. Outra forma de acessar o equipamento é através de encaminhamento de outras unidades, sendo estas da Assistência Social ou de outras políticas públicas.

A equipe do CREAS é composta por: coordenador; assistente social, psicólogo, estagiários de Serviço Social e Psicologia, motorista e agente de serviços gerais. Os principais objetivos deste serviço são: contribuir para o fortalecimento da família no desempenho de sua função protetiva; favorecer a superação da situação de violação de direitos, o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, a potencialização da autonomia e o resgate da dignidade; prevenir a reincidência de violações de direitos e apoiar ou promover ações mobilização no combate a situações de violação de direitos. (CONROY, 2018).

1.4 FRANCO DA ROCHA

A cidade de Franco da Rocha, chamada de Juqueri no século XIX, era majoritariamente constituída por fazendas, tendo seu desenvolvimento impulsionado pela construção da estação de trem no ano de 1888, servindo como caminho para os bandeirantes e como local para extração de ferro. Já no século XX, mais precisamente em 1934, a cidade passou a ser um distrito de Mairiporã e apenas em 1944 tornou-se um município independente do estado de São Paulo.

A história e o desenvolvimento econômico da cidade são marcados pela construção do Hospital Psiquiátrico Juqueri, à época conhecido como Colônia Agrícola Juqueri, inaugurado em 1898, com capacidade máxima para abrigar 800 pacientes, tendo como principal demanda receber o excedente de pacientes psiquiátricos vindos de outros hospitais do estado de São Paulo. Após 122 anos de funcionamento, o Hospital fechou as portas e os últimos 9 internos foram levados às Residências Terapêuticas. (SANTIAGO; MENEZES, 2021).

Atualmente de acordo com o site da prefeitura, a cidade conta com equipamentos da RAPS, que são: um CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde Mental); três CAPS, sendo um voltado para o público adulto com transtornos mentais graves, outro para o público infanto-juvenil e o CAPSad; um CECO (Centro de Convivência); um CTA (Centro de Testagem e Acolhimento) para HIV/AIDS/Hepatites; 13 UBS (Unidade Básica de Saúde) e uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento).

De acordo com os dados coletados em 2021 pela Fundação Seade (Sistema Estadual de Análise de Dados), o município tem uma população de aproximadamente 153.903 habitantes, sendo a maioria do gênero masculino e na faixa etária entre 30-59 ano. No que se refere à situação socioeconômica do município, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2019 informam que 12,8% da população estava exercendo atividade profissional, com salário médio mensal de 2,5 salários mínimos. (IBGE, 2019)

Em relação à população em situação de rua, a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Municipal fez um levantamento no ano de 2018 a ser entregue à Defensoria Pública do Estado de São Paulo em 2019. Esse levantamento conteve um mapeamento dessa população, dados referentes aos motivos que levaram essas pessoas à situação de rua e também sobre a composição dos serviços que estavam prestando assistência na época. (FRANCO DA ROCHA, 2019).

Sobre este levantamento, a Secretaria informou que foram utilizados dados oficiais e extraoficiais do programa federal “Cadastro Único”, em conjunto com o programa de abordagem social e relatórios mensais produzidos pelo CREAS. O levantamento daquele ano informou que havia 72 pessoas em situação de rua no município em monitoramento. Os motivos para permanência em situação de rua elencados foram: problemas com familiares/companheiros, perda de moradia, desemprego, alcoolismo/drogas, ameaça/violência e preferência/opção própria.

O programa de Abordagem Social citado no documento é de extrema importância para o planejamento do cuidado da população em situação de rua, pois ele tem o objetivo de:

“Assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de situações de risco pessoal e social, por violação de direitos, como: trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, situação de rua, uso abusivo de crack e outras drogas, dentre outras.” (BRASIL, 2013, p.6)

Em relação às unidades de Assistência Social que compõe o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Prefeitura informa que estão presentes no município atualmente: um Centro Dia para Idosos (CDI); um Centro Solidário; quatro CRAS; um CREAS; um Centro POP; uma Casa de Passagem e um Fundo Social de Solidariedade.

1.5 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E PANDEMIA DE COVID-19

O contexto de pandemia que se instalou em escala global no ano de 2020 demandou excepcional atenção à PSR. O caderno produzido pela Fiocruz anteriormente citado, coloca o Consultório na Rua, Centro Pop, CREAS e as equipes de Abordagem Social como principais agentes desse cuidado. O trabalho em rede voltado para esta população deve considerar “*as possibilidades e os limites da prática, os critérios de admissão, os públicos específicos e as ofertas de cada serviço. É importante discernir as especificidades e similaridades das equipes, quais serão as vias de interatuação e os eixos prioritários de ação.*” (FIOCRUZ, 2020).

Para que atuação intersetorial aconteça de maneira produtiva, são sugeridas ações como: construção de uma lista com os contatos dos serviços que compõem a rede, definindo quais deles têm sido mais requisitados e indicar as atribuições de cada um; construção de um plano de ação abrangente, sistêmico, de caráter coletivo; uso de formas de comunicação que sejam rápidas, fáceis e acessíveis; organização de ferramentas de acompanhamento das condições de vida e saúde da PSR, para que a atuação seja rápida em situações como: violência, agravamento da doença, entre outras; monitoramento permanente de todas as ações implementadas e efetuar ajustes sempre que necessário; articulação com os atores locais, estratégias de proteção social específicas para a PSR. (FIOCRUZ, 2020).

No âmbito federal, o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos publicou um documento com informações e recomendações para o “Atendimento e Acolhimento Emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia da Covid-19” que determina que qualquer ação estruturada deve levar em consideração as especificidades desta população e o caráter urgente de medidas de proteção incluindo aqueles que usam a rua como espaço de trabalho e, por isso, perderão sua renda. (BRASIL, 2020).

Em decorrência desse contexto de insegurança social e sanitária, o perfil da população em situação de rua mudou, sendo composto atualmente, também por indivíduos/famílias que não conseguiram pagar o aluguel e as demais despesas. A falta de dados e estudos sobre esta população impossibilita a formulação de políticas públicas voltadas para seu cuidado, e dificulta o conhecimento sobre como a pandemia atingiu a PSR.

A impossibilidade de fazer isolamento em local seguro, dificuldade de acesso à alimentação e itens de higiene básica são alguns dos problemas enfrentados pela PSR no contexto de pandemia. O psicólogo Marcelo Pedra, pesquisador da Fiocruz aponta possíveis ações para mitigar as adversidades enfrentadas por essa população, como a “*ampliação das ofertas de acolhimento institucional e abrigo na perspectiva de baixa exigência, ampliação da estratégia de trabalho e renda, e a construção de estratégias de habitação e moradia, como o aluguel social.*” (PEDRA, 2021). Sobre a falta de dados Pedra sugere que essa população seja incluída no próximo censo nacional, que haja a integração dos sistemas da assistência social com dados da atenção primária, e que se construa uma diretriz nacional unificada para que o cuidado seja ofertado de forma equânime em todo território nacional.

2. JUSTIFICATIVA

Como apresentado anteriormente na literatura levantada, o cuidado psicossocial da população em situação de rua, através articulação das redes de atenção à saúde (RAPS) e do Sistema Socioassistencial (SUAS) tem mostrado significativa fragilidade e pouco debate acerca deste tema. Se faz de extrema importância, portanto, discutir e planejar estratégias de articuladas de cuidado psicossocial para esta população, principalmente no contexto de pandemia mundial da Covid-19.

O trabalho apresentará como o município de Franco da Rocha, através das secretárias de Saúde e Assistência Social planejou e executou a atenção psicossocial à PSR nos anos de 2020 e 2021.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Identificar as estratégias de rede e de articulação intersetorial entre os serviços da RAPS e do SUAS utilizadas pelo município de Franco da Rocha, para o cuidado psicossocial de pessoas em situação de rua durante a pandemia de Covid-19.

3.2 ESPECÍFICOS

- Analisar prioridades, fluxos de atendimento e lógica de cuidado propostos pela RAPS e pelo SUAS para atendimento deste grupo social, antes e durante a pandemia de Covid 19;

- Conhecer as razões, o formato e as características da articulação entre a RAPS e SUAS para o atendimento das necessidades psicossociais deste grupo;
- Conhecer as potencialidades e dificuldades na articulação entre RAPS e SUAS.

4. METODOLOGIA

O trabalho apresentado tem sua análise fundamentada na abordagem qualitativa de pesquisa, mais precisamente no estudo de caso. Segundo Martins (2004), *“a pesquisa qualitativa é definida como aquela que privilegia a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados, e caracterizada pela heterodoxia no momento da análise.”* (p.289). Segundo a autora, este momento de heterodoxia exige do pesquisador a capacidade de integrar de maneira criativa as informações obtidas no decorrer da pesquisa.

Em relação ao fenômeno estudado, a pesquisa qualitativa propõe uma análise de maneira integrada, no próprio contexto em que acontece. Por este motivo, o pesquisador vai à campo coletar dados a partir da compreensão das pessoas envolvidas no fenômeno e se insere na dinâmica do objeto pesquisado, a fim de captá-lo na sua integralidade. (GODOY, 1995).

Dentre as possibilidades de tipos de estudo que constituem a pesquisa qualitativa, foi escolhido o estudo de caso para a análise deste trabalho. Como relatou Ventura (2007), o estudo de caso tornou-se uma das principais modalidades de pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais, pois permite a investigação aprofundada de um objeto específico e delimitado, dentro de seu contexto próprio. Ainda segundo a autora, essa modalidade de análise permite investigar um fenômeno que é permeado por diversos fatores, pessoas e variáveis que não são postos em hierarquia de importância e necessitam de uma análise da totalidade.

Lessa de Oliveira (2010) cita Lüdke e André (1986, p. 17) ao levantar as características fundamentais do estudo de caso: visam à descoberta; enfatizam a interpretação em contexto; buscam retratar a realidade de forma completa e profunda; usam uma variedade de fontes de informação; revelam experiência vicária e permitem generalizações naturalísticas; procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social; e, por fim, os relatos de estudo de caso utilizam uma linguagem e uma forma mais acessível

do que os outros relatórios de pesquisa. Um caso é caracterizado por “*uma unidade específica, um sistema delimitado cujas partes são integradas*”, podendo ser um episódio, um processo, uma organização, um grupo, uma comunidade, um contexto ou situação. O estudo de caso visa a investigação de um fenômeno específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar.

“Os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. E é útil para gerar conhecimentos sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança” (MINAYO, 2010 p.164).

Para realizar um estudo de caso é possível seguir quatro etapas, sendo elas: delimitação da unidade-caso; coleta de dados; seleção, análise e interpretação dos dados e elaboração do relatório final. (GIL, 1995 apud VENTURA, 2007). A primeira etapa diz respeito a seleção do fenômeno/caso que será investigado, a fase da coleta de dados é o momento em que o pesquisador se vale de diversos procedimentos para reunir as informações que serão analisadas. Logo após, na etapa da seleção, análise e interpretação, o pesquisador deve levantar quais dados serão relevantes para análise e a partir daí, basear-se em categorias para interpretá-los. E, por fim, na etapa final de elaboração de relatório, o pesquisador deve expor como os dados foram coletados, quais teorias serviram de embasamento e sua validade e relevância para a comunidade científica.

Por fim, o procedimento utilizado para coleta de dados deste trabalho foi a entrevista semiestruturada. Essa técnica consiste em:

“Um conjunto de questões, em que o pesquisador administra a cada sujeito na mesma sequência e usando as mesmas palavras. Para o investigador, esse questionário responde suas hipóteses, admitindo que o respondente tem condições necessárias para fornecer os dados que julga relevantes. O pesquisador ainda entende que os entrevistados compreenderão da mesma forma todas as perguntas levantadas.” (LESSA DE OLIVEIRA, 2010, p.12).

Dado o objetivo da pesquisa, a técnica empregada assegura que os participantes respondam a perguntas específicas a partir do seu ponto de vista e vivência com o fenômeno estudado. O fenômeno estudado foram as estratégias em rede e de articulação intersetorial utilizadas pela RAPS e pelo SUAS de Franco da Rocha/SP, para o cuidado psicossocial de pessoas em situação de rua, durante o período da pandemia de Covid-19 nos anos de 2020 e 2021.

Inicialmente, para a fundamentação teórica deste trabalho foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados *Sciello*, Biblioteca Virtual em Saúde e Google Acadêmico onde foram selecionados textos e documentos sobre os temas relacionados a este estudo, como: a

caracterização da PSR, literatura sobre articulação intersetorial, trabalho em rede entre RAPS e SUAS, contexto do município de Franco da Rocha e PSR na pandemia de Covid-19.

Posteriormente, baseado nas leituras referentes ao material teórico levantado e nos objetivos da pesquisa, foram construídos roteiros de questões para uma entrevista semiestruturada, que pudesse contemplar as necessidades deste estudo (ANEXOS B, C, D, E, F, G.).

Foram entrevistadas três categorias de profissionais: responsáveis pela gestão; da atenção básica e proteção social básica e da atenção especializada/proteção social de média complexidade de ambas as secretarias: RAPS e SUAS.

Da gestão municipal:

- 1 profissional da gestão da Saúde Mental/RAPS: entrevistado III;
- 2 Profissionais da gestão da Secretaria Municipal de Assistência Social; entrevistado XIII;
- 1 profissional do Núcleo de Violência: entrevistado IV.

Da atenção básica/proteção social básica:

- 2 gerentes de duas Unidades Básicas de Saúde: entrevistados V e VI;
- 2 profissionais do NASF: entrevistados VII e VIII;
- 2 gestores de CRAS: entrevistados IX e X.

Da atenção especializada/média complexidade:

- 1 gestor do CAPS adulto: entrevistado: II;
- 1 gestor do CAPSad: entrevistado I;
- 1 gestor do CREAS: entrevistado XI;
- 1 gestor do Centro POP: entrevistado XII.

Devido ao contexto de pandemia de Covid-19 e a impossibilidade de ir à campo, as entrevistas foram realizadas de maneira remota através de vídeo chamada, com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos. Esta pesquisa foi iniciada somente após submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), localizado na Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, podendo ser contatado através do e-mail

cepis@isaude.sp.gov.br ou pelo telefone (11) 3116-8606. Todas as entrevistas tiveram o consentimento dos entrevistados para serem gravadas e posteriormente transcritas, através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido enviado por e-mail e lido no início da entrevista. (ANEXO A).

As entrevistas foram todas transcritas e lidas separadamente. Posteriormente foram ordenadas entre RAPS e SUAS e dentro de cada secretaria entre: entrevistas da atenção básica/proteção social básica, entrevistas da atenção especializada/proteção social de média complexidade e entrevistas da gestão. Além de uma leitura vertical de cada entrevista, esta divisão permitiu uma leitura horizontal das homogeneidades e diferenças, para poder fazer comparações entre estes grupos e subgrupos.

Os dados coletados nas entrevistas foram sistematizados e subdivididos em três grandes tópicos/categorias de análise mais abrangentes: a) funcionamento e organização dos serviços, b) trabalho em rede e c) cuidado ofertado para PSR no contexto de pandemia de Covid-19. Em cada um desses tópicos buscou-se identificar similaridades, divergências, singularidades, dificuldades e potencialidades dentro de cada sistema de atenção e intersetorial.

5. ANÁLISE

5.1 ORGANIZAÇÃO, FUNCIONAMENTO E CUIDADO NOS EQUIPAMENTOS NA RAPS E NO SUAS

5.1.1 Equipamentos RAPS

Da Rede de Atenção Psicossocial de Franco da Rocha, como explicitado no item anterior, foram entrevistados profissionais da gestão, de equipamentos ligados à atenção básica e de equipamentos de atenção especializada.

Em relação à atenção primária à saúde, o perfil de usuários destacado pelos entrevistados nesse período, foi de principalmente *mulheres pardas* (sic) e pessoas idosas. Sobre as demandas referentes à saúde mental no período da pandemia, os profissionais apontaram que queixas relacionadas à esquizofrenia, transtornos de ansiedade e depressão caracterizaram a maior procura por parte dos usuários. As demandas relacionadas à ansiedade aumentaram consideravelmente

nesse período. Sobre as formas de acesso ao serviço, foram citados a demanda espontânea, o encaminhamento de outros pontos da rede de atenção e a busca ativa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no território de abrangência das unidades.

No que se refere à PSR, foi possível aferir que a atenção básica ocupa um papel secundário ou quase inexistente no cuidado desta população no município de Franco da Rocha. Uma UBS relatou atender demandas de saúde da PSR que passa pela Casa de Passagem do município via encaminhamento da coordenadora, e a outra UBS relatou que em sua área de abrangência não há PSR:

“Demanda eu não tenho, de morador de rua, eu não tenho. De mais vulnerabilidade que mora na área de abrangência, eu até tendo, mas morador de rua, não.” (Entrevistado V, atenção básica, RAPS).

Como relatado, a outra profissional da gestão de UBS colocou que a principal porta de entrada da PSR é através dos encaminhamentos da Casa de Passagem, mas indicou que a unidade não tem nenhuma ação de rastreamento desta população e que a demanda espontânea é muito rara:

“A situação de rua entra pela porta da casa de passagem, a casa de passagem que nos traz essa demanda. O que a gente tem a casa de passagem que é uma distância daqui da unidade até a casa de passagem são 500 metros. A casa de passagem que nos traz a demanda e a gente atende a casa de passagem no que ela necessita...a gente não tem como abordar esses pacientes em situação de rua, se ele chega aqui por meios próprios sim ele é atendido, entendeu? E quando a casa de passagem nos manda, ela já traz assim o paciente certinho.” (Entrevistado VI, atenção básica, RAPS).

Importante salientar, que o trabalho de rastreamento de possíveis demandas da população do território de abrangência de cada serviço, anteriormente citado e realizado pelos ACS, não contempla a PSR. Dito isso, vale destacar que a PNAB aprovada em 2011 enfatiza que a *“responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a atenção básica.”* (BRASIL, 2012, p.62). A Política destaca também o papel de coordenação do cuidado que a atenção básica deve desenvolver, se tornando a referência para todos os usuários

independentemente de sua demanda ou local de moradia, além de ordenar as redes de saúde para que as necessidades da sua população adscrita sejam atendidas:

“a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.” (BRASIL, 2012, p.19).

Um grande avanço da PNAB é a inclusão das equipes de Consultório na Rua nas Unidades Básicas, que tem como responsabilidade exclusiva a prestação de cuidado à saúde da PSR. É de competência das equipes:

“Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações das Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil.” (BRASIL, 2012, p.62).

Em relação à implementação de equipes de Consultório na Rua no Município de Franco da Rocha, foi mencionado que:

“Nós não temos. Na verdade, no início, quando nós fomos começar a fazer o desenho da RAPS, a gente foi pensar nessa questão de ter o consultório de rua, só que o número de população não tinha um número x de pessoas em situação de rua que pudesse atingir, o nosso número de população não dava para se ter consultório de rua. Sabe? Tinha um monte de questões dentro da portaria que nós não entrávamos naquele quesito.” (Entrevistado III, gestão, RAPS).

Para além da coordenação do cuidado, o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua citado anteriormente também enfatiza a importância que a atenção básica tem no *“fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde, possibilitando sua inserção efetiva no SUS”* (Brasil, 2012, p.11). As equipes que compõem as Unidades Básicas de Saúde deveriam atuar incansavelmente na busca ativa desta população, mesmo com a inexistência de eCR, e na produção conjunta de seu cuidado, não atuando apenas frente encaminhamento de outros serviços ou na espera de demanda espontânea, visto que:

“Esse grupo social normalmente se reporta ao serviço de saúde em situações emergenciais, não reconhecendo seu corpo doente até que o sintoma paralise suas atividades diárias. Assim, diante das especificidades do atendimento a essa população, mesmo sem consulta marcada ou encaminhamento para marcação de consulta (...) esse usuário deve ser acolhido para que consiga alguma orientação, conforto e encaminhamento para a resolução de seu problema. Caso contrário, sua circulação/acesso pela rede poderá ficar impossibilitada perante os inúmeros procedimentos impessoais e burocratizados.” (BRASIL, 2012, p.34).

Outro ponto de atuação da atenção básica é através do NASF, instituído pela Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, definindo seu objetivo como *“ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.”* (BRASIL, 2008).

O Caderno da Atenção Básica nº39 coloca o apoio matricial como ponto principal do trabalho do NASF, caracterizando esta atuação como:

“Uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território (também chamadas de equipes de referência para os usuários) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB.” (BRASIL, 2014, p.17).

O NASF é caracterizado como uma “retaguarda especializada” que deve agir de acordo com as demandas e dificuldades das equipes de saúde pelas quais é responsável, aumentando sua resolubilidade e melhorando a articulação entre os pontos de atenção.

No contexto de Franco da Rocha, o perfil de usuários e demandas atendidos pelas equipes se diferenciou entre os dois entrevistados. Um dos profissionais destacou a demanda de ansiedade e depressão, enquanto o outro indicou a demanda de acumuladores. Sobre o perfil, uma equipe atende mais homens, enquanto a outra atende mais mulheres.

Um dos profissionais entrevistados pontuou como uma dificuldade de atuação do NASF a falta de conhecimento deste equipamento pelos outros serviços e falta de estabelecimento de fluxos de cuidado entre os serviços:

“Na verdade, tinha que ser automático a partir do momento que você tem conhecimento da potência, dos entraves, do fluxo, de várias questões, são tantas variáveis, mas se a gente tivesse um pouquinho mais de intimidade com todas elas, fosse mais fácil, no entanto fosse até mais rápido, no entanto é isso, vai apagando incêndio”. (Entrevistado VII, atenção básica, RAPS).

Esta fala mostra a importância de se criar um vínculo maior e mais funcional entre os serviços da RAPS do município, para que o cuidado ofertado à população possa acontecer de maneira integral e resolutiva.

Sobre os encaminhamentos feitos para o NASF, foi levantado novamente a falta de clareza, de informação, de pactuação e de acordo sobre o papel de cada equipamento no cuidado em saúde mental em rede e na atenção psicossocial:

“Péssimo. Não, na verdade é assim, eu acho que é, sinceramente, injusto eu falar qualquer coisa dos equipamentos, porque falta informação. Eu sempre digo, a partir do momento que a gente começou a organizar as salas, organizar a demandas, olha, isso é no meu, isso é seu, melhorou, a gente recebia muito.” (Entrevistado VII, atenção básica, RAPS).

Outra fala do entrevistado mostra como o papel do NASF ainda é mal interpretado e encarado como uma solução para desafogar os encaminhamentos e resolver as demandas de sofrimento mental. A cultura ambulatorial do município acaba sendo mais forte do que a cultura do cuidado psicossocial e do atendimento em rede, no qual todos os pontos de atenção e diferentes categorias profissionais são corresponsáveis pelo cuidado:

“Nós viemos de uma cultura ambulatorial, eu também sou de uma cultura ambulatorial, muito mais fácil eu acolher um paciente na minha sala e seguir um acompanhamento terapêutico com ele, do que eu pensar em possibilidade de grupo, inserir o cara nas possibilidades que a gente tem aqui, multidisciplinar.” (Entrevistado VII, atenção básica, RAPS).

O Caderno da Atenção Básica (2014) salienta que o NASF não constitui um serviço independente da atenção básica, por mais que fique alocado dentro das Unidades Básicas de Saúde, reforçando que este não é um ambulatório de especialidades e sua função é atuar e apoiar as equipes em situações como: evitar ou qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de

atenção; aumentar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica; agregar novas ofertas de cuidado nas UBS e auxiliar a articulação com outros pontos de atenção da rede; promover discussão compartilhada com as equipes que apoia (BRASIL, 2014, p.18).

Em relação à PSR, os profissionais entrevistados que compõe o NASF informaram que não atendem esta população e que a porta de entrada para este grupo social são os equipamentos de atenção especializada (CAPS) e a Unidade de Pronto de Atendimento (UPA). Isto mostra como não existe um olhar, um plano de cuidado e uma gestão de ações de atenção primária e de problemas mais leves e moderados de saúde mental para a PSR, o que faz com que esta população entre no sistema de saúde em situações de maior urgência-emergência. Esta informação também reforça, mais uma vez, a necessidade de uma atenção básica mais ativa e consciente dos problemas da PSR, para que demandas psicossociais e de saúde mental, e de saúde em geral, possam ser abordadas antes de chegar no nível emergencial.

“Não, para nós, não, porque a gente tem os equipamentos mais específicos dentro da cidade (...) por exemplo, nós temos a UPA aqui, nós temos o CAPS também, que as pessoas têm um pouco mais de informação e é porta aberta.” (Entrevistado VII, atenção básica, RAPS).

“Em situação de rua bem menos, porque nós temos os equipamentos aqui que faz mais específico, no entanto, as UBS, por exemplo, a gente tem uns casos aqui, muito mais focado nessa coisa do cuidado, do adoecimento, não, necessariamente, da saúde mental, mas a gente sabe que tem UBS que vai levar medicação para o morador de rua, tinha que estava em tratamento, que ele não queria ficar na casa de jeito nenhum, não é porque tem o lugar para eles ficarem, não queria, aí a enfermeira, auxiliar ia todo dia levar medicação para ele, mas não teve uma UBS que eu cheguei e a pessoa falou, esse aqui é em situação de rua, não.” (Entrevistado VII, atenção básica, RAPS).

“Essa informação você iria estar pegando mesmo com o Centro POP, porque é dentro da pasta da Assistência Social. (...) Normalmente essa demanda de situação de rua ela chega primeiro na UPA, que é urgência e emergência.” (Entrevistado VIII, atenção básica, RAPS).

Em relação à atenção especializada, as demandas são principalmente divididas por equipamentos. Aos CAPS, cabe o cuidado em saúde mental da população com sofrimento mental

do moderado ao grave do município. O CAPSij é responsável pelo atendimento de crianças e adolescentes, sendo ultimamente destacadas as demandas de automutilação, depressão e autismo no perfil masculino. O CAPS Adulto destacou as demandas de psicose, transtorno de personalidade, autismo, deficiência intelectual grave, tentativas de suicídio, automutilação, depressão e transtornos mais graves de ansiedade. O perfil do público atendido tem variado em faixa etária e sexo, a depender do transtorno. O CAPSad, por sua vez, é responsável pelas demandas e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, sendo mais frequente o público jovem (25-30 anos), brancos, não especificado o sexo, com o agravo do recém desemprego devido à pandemia. Nestes últimos dois anos, tem recebido um público com uso abusivo de álcool relacionado às situações isolamento, perdas, e empobrecimento na pandemia.

Por fim, o Núcleo de Violência é responsável pelo atendimento de violência sexual, doméstica, moral, psicológica, entre outras, não restringindo o público. A profissional entrevistada destacou que o perfil principal atendido é de crianças, adolescentes e mulheres.

Sobre as formas de acesso aos equipamentos da atenção especializada, foi constatado que a principal porta de entrada dos usuários é através de encaminhamentos por outros pontos da rede, principalmente a UBS, CRAS, UPA e Conselho Tutelar, no caso de crianças/adolescentes e mães que precisam de acompanhamento.

Em relação à PSR, observou-se que o CAPSad ocupa papel central no cuidado em saúde mental e atenção psicossocial, enquanto os outros CAPS estão mais distantes dessa população. Entretanto, foi constatado que existem outras demandas relacionadas ao sofrimento mental, que não competem ao CAPSad, como citado no trecho a seguir:

“Além do abuso do álcool, eles têm transtornos mentais como um borderline, vai ter o bipolar. Sabe? Esquizofrenia também existe. Mas eu vejo mais uma... tem bastante déficit cognitivo, muito déficit cognitivo.” (Entrevistado I, atenção especializada, RAPS).

No entanto, percebeu-se uma discordância entre as falas coletadas referentes às demandas desta população:

“Acaba não tendo por que normalmente, as pessoas em situação de rua têm um sofrimento psíquico, um sofrimento mental mais ligado à álcool e droga. Então a maioria dos pacientes do município já são ligados à demanda de álcool e droga, tanto que quando nós tivemos, no começo do ano, um encaminhando alguns casos, a gente avaliou que a demanda principal era álcool e droga.” (Entrevistado II, atenção especializada, RAPS).

Essa discordância de visões sobre o tipo de sofrimento mental existente no cotidiano dessa população, revela um baixo conhecimento sobre os problemas emocionais e necessidades específicas desse grupo populacional por parte dos equipamentos da RAPS, excluindo o CAPSad que desempenha um papel mais ativo neste cuidado. Não foi explicitado como a RAPS maneja essas demandas de sofrimento mental da PSR não relacionadas ao uso de álcool e drogas.

Segundo o CAPSi, não há crianças e adolescentes em situação de rua no município, informação que foi confirmada pelas profissionais da gestão do SUAS. Entretanto, é preciso identificar necessidades e estabelecer estratégias de monitoramento dessa situação, uma vez que tal situação é dinâmica e variável, principalmente levando em consideração o cenário de insegurança e instabilidade social que assola o país, o que aponta para a necessidade de se estabelecer abordagens conjuntas de cuidado caso este cenário mude.

Por fim, sobre as demandas relacionadas à violência, o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua diz que o fato de residir na rua é um fator suscetível à situações de violência, tornando-se mais agravante para as mulheres, pois:

“Se tornam também vulneráveis às circunstâncias concernentes à sua condição de gênero, como violências físicas, psicológicas, abuso sexual, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada e/ou indesejada. Para a equipe de saúde que trabalha com a PSR, a gravidez da mulher em situação de rua torna-se um momento de preocupação e com necessidade de cuidados específicos” (BRASIL, 2012, p.68).

As demandas citadas pelo Manual entram no escopo das demandas atendidas pelo Núcleo de Violência, principalmente as relacionadas à violência de gênero. Porém, a PSR não acessa este serviço e nem a gestão municipal da área de saúde vê esta população como alvo das ações desse núcleo:

“População em situação de rua é uma questão da assistência mesmo, assistência social. É porque é um tipo de violência... é diferente, é diferente da violência doméstica, é diferente da

violência sexual, não é? Mas se a assistência social fazer (sic) essa triagem, avaliação e vê que é necessidade de o núcleo acompanhar, eles encaminham sim. Por isso que segue o núcleo, eles fazem essa avaliação da necessidade ou não de acompanhamento.” (Entrevistado IV, atenção especializada, RAPS).

O serviço tem boa relação com os demais equipamentos da RAPS e do SUAS, mais especificamente o CREAS, mas por ser relativamente novo (um ano), ainda não foi encaminhado nenhuma pessoa em situação de rua e não foi explicitado se existe uma linha de cuidado pactuada entre esses dois equipamentos. Apesar da existência de um núcleo de violência no município, podemos perceber a inexistência de uma linha de cuidado transversal e intersetorial de atendimento dessa problemática especificamente para a PSR, até o momento.

Em relação ao rastreamento de demandas relacionadas ao sofrimento mental da PSR, este trabalho fica sob responsabilidades de equipamentos da assistência social, sendo a saúde acionada apenas em casos extremos ou quando a crise já se instalou, não havendo um trabalho de busca ativa ou prevenção voltado para esta população.:

“Essa abordagem (do sofrimento mental) ela acontece as vezes... as pessoas tentam fazer em rede, mas normalmente essa população acaba chegando primeiro na assistência (social)...Então quando o CAPS é acionado aí sim elas vão juntas (técnica do CAPS e do serviço do SUAS). Por exemplo, já teve várias, já houveram (sic) umas situações de eles acionarem o CAPS de última hora. (...) Então elas acabam indo, mas, assim, muitas vezes a pessoa não vai, ela não quer, é difícil você conseguir.” (Entrevistado III, gestão, RAPS).

5.1.2. Equipamentos SUAS

Em relação aos serviços da Assistência Social, a Proteção Social Básica e seus programas são de responsabilidade das equipes do CRAS, equipamento que é definido como:

“Unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social, responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios e DF. Dada sua capilaridade nos territórios, se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS, ou seja, é uma unidade que possibilita o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de assistência social.” (BRASIL, 2009, p.9).

Além de ser a porta de entrada para o SUAS, o CRAS é também o ponto de referências para os demais equipamentos da assistência social e deve realizar busca ativa em seu território de abrangência, com a finalidade de identificar situações de vulnerabilidade e risco social, para poder organizar e gerenciar os pontos de atenção da assistência social e acompanhar o fluxo dos usuários dentro da rede. (BRASIL, 2009, p.12).

No município de Franco da Rocha, os dados levantados sobre perfil populacional e demandas atendidas na proteção social básica revelaram que o grupo mais atendido na assistência social são mulheres chefes de família, *pardas* (sic) e negras, com necessidades relacionadas à alimentação e cesta básica. Foi levantado também que problemas relacionados à saúde mental têm surgido nesse nível de proteção social, principalmente relacionados a álcool e outras drogas e violência doméstica. Para esta demanda, a linha de cuidado ofertada é:

“Os nossos técnicos fazem a acolhida, após a acolhida eles fazem o encaminhamento para o CAPSad, para o CAPS infantil, para o CAPS álcool e droga que é o AD e faz também para o CAPS adulto, faz todos os encaminhamentos. Então, nós temos essa ligação com a rede de saúde mental.” (Entrevistado X, proteção social básica, SUAS).

Sobre as formas de acesso, foram destacadas a demanda espontânea e a busca ativa no território guiada pelo levantamento realizado trimestralmente pela Vigilância Socioassistencial. Neste relatório, são apresentados os bairros que compõe determinado território, as vulnerabilidades presentes e o número de casos por bairro.

As informações adquiridas referentes ao atendimento da PSR no CRAS revelaram que os dois serviços entrevistados não fazem monitoramento no território desta população, mesmo sendo uma de suas atribuições identificar situações de vulnerabilidade já instaladas e as demandas espontâneas são referenciadas ao Centro Pop, como indica uma entrevistada da rede SUAS:

“Eles (PSR) se reportam lá e aí o nosso papel é verificar se já foi atendido pelo Centro POP, então a gente faz contato com o Centro POP primeiro, caso não, então a gente já faz o referenciamento aqui para o Centro POP para começar as primeiras ações voltadas dentro desse serviço.” (Entrevistado IX, proteção social básica, SUAS).

“essa demanda de pessoas em situação de rua, fica mais no Centro POP, eles não procuram muito o CRAS, porque o CRAS no território e no nosso município, eles vão mais para a

área central devido a linha férrea que tem na cidade, então, eles já ficam ali mesmo e eles acabam procurando o Centro POP que agora tem, a casa de passagem, e a acolhida é realizada pela equipe do Centro POP e aí tem aquelas pessoas que tem desejo que aparece lá no Centro POP com o perfil de que quer voltar para a cidade de origem, para o estado de origem e o Centro POP faz essa mediação com esses indivíduos”. (Entrevistado X, proteção social básica, SUAS).

A fala deste entrevistado aborda um tópico importante sobre a localização geográfica dos CRAS no município de Franco da Rocha. A PSR se concentra no centro da cidade, enquanto os equipamentos se localizam nos bairros, o que implica no afastamento das equipes desta população e na dificuldade de exercer sua atribuição de rastrear e mapear estes sujeitos e sua situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os dois entrevistados notaram o aumento da população em situação de rua no município, porém seguindo as orientações da Resolução nº109, a oferta de atendimento para a PSR é responsabilidade da Proteção Social Especial de média complexidade através do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua e Serviço Especializado em Abordagem Social, ambos oferecidos pelo Centro POP.

No que diz respeito às unidades que oferecem serviços de Proteção Social Especial, foi confirmado que o CREAS atende pessoas em situação de vulnerabilidade que sofreram algum tipo de violação, principalmente crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. O serviço não faz busca ativa e a principal forma de acesso é através de encaminhamentos do conselho tutelar e de equipamentos da saúde.

De acordo com o Caderno “Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS” (2011), é papel do CREAS: *“constituir-se em locus de referência, nos territórios, da oferta de trabalho social especializado no SUAS a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos.”* (BRASIL, 2011, p.23). A situação de rua caracteriza-se como risco social já instalado, sendo, portanto, responsabilidade do CREAS ofertar e referenciar serviços especializados para esta população. Segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o CREAS deve ser:

“Ofertado, de forma continuada e programada, com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e

adolescentes, situação de rua, dentre outras. (...) O Serviço deve buscar a resolução de necessidades imediatas e promover a inserção na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos.” (BRASIL, 2014, p.31).

Em Franco da Rocha, este serviço não integra a linha de cuidado da PSR, fazendo acompanhamento apenas de casos que já saíram da rua, demonstrando uma lacuna na integralidade da atenção, terceirização de atribuições do CREAS para o Centro POP e ausência de cuidado voltado à saúde mental decorrente da situação de violência que esta população vive:

“atendimento a pessoa em situação de rua encaminha para o centro POP, faz o acompanhamento (...), ela faz a saída dela da situação de rua a gente faz o acompanhamento por seis meses no PAEF. Hoje nós temos três casos de pessoas que saíram das ruas.” (Entrevistado XI, proteção social média, SUAS).

Em relação à PSR, a Resolução nº109 de 2009 define a oferta de serviços de média e alta complexidade, sendo eles: Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, Serviço Especializado em Abordagem Social e Serviços de Acolhimento. É competência do Centro Pop ofertar o serviço especializado para PSR, podendo ofertar também o Serviço de Abordagem Social, a depender da avaliação da gestão municipal.

O Centro Pop tem como objetivo a *“construção de novos projetos e trajetórias de vida, visando à construção do processo de saída das ruas e o alcance da referência como sujeitos de direitos na sociedade brasileira.”* (BRASIL, 2011, p.67).

No município estudado, o equipamento oferece o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua e o Serviço Especializado em Abordagem Social. Os dados coletados mostram que as características que prevalecem na PSR são semelhantes ao que foi encontrado na literatura:

“A maioria são homens, acho que hoje nós temos em torno de nove mulheres no total, a maioria dessa população é homem, em torno de 30, 45 anos e a maioria é da raça negra.” (Entrevistado XII, proteção social média, SUAS).

Foi constatado que a demanda espontânea é a principal forma que os usuários chegam ao Centro Pop e a partir daí são feitos encaminhamentos para outros serviços, portanto o Centro Pop é a principal porta de entrada da PSR ao SUS e SUAS no município.

“Eles chegam mais de forma voluntária e acaba procurando o nosso serviço para tomar um banho, almoço e em algumas situações, quando não conhece o serviço, a equipe de abordagem faz a oferta, acolhe e faz a oferta, direciona ao centro POP e também pela rede, pelo CREAS, pela própria saúde, a UBS, quando identifica direciona. As abordagens são feitas na própria rua, elas fazem... já fizeram o mapeamento no município e acabam fazendo rotineiramente essas abordagens e encontrando os usuários e ofertam os serviços no centro POP.” (Entrevistado XII, proteção social média, SUAS).

Sobre o número de indivíduos/famílias atendidos pelo Centro Pop, é sugerido que cada equipe técnica fique responsável por 80 pessoas. Em Franco da Rocha, foi verificado que o equipamento funciona dentro de sua capacidade:

“Nós temos em torno de 70 pessoas que nós fazemos o atendimento, que estão em situação de rua. Na verdade, são 70 usuários que nós temos em média, que temos no serviço, mas alguns não estão em acompanhamento, alguns só vão mesmo para tomar um banho, o café e nesse momento não querem nem um tipo de acompanhamento. Então, não são todos que nós acompanhamos.” (Entrevistado XII, proteção social média, SUAS).

As principais demandas trazidas pelos usuários são referentes à documentação, demandas judiciais, regularização de emprego e retomada de contato com a família, não foram citadas demanda em saúde mental. As ações oferecidas, por sua vez, visam atender essas necessidades articulando com outros equipamentos da rede:

“Nós fazemos ações de direcionamento, de tirar documentação, elaborar um currículo, direcionar ele para o PAT (Programa de Alimentação do Trabalhador) ou para uma outra entrevista que tenha, acompanhamos, orientamos eles nessa questão, direcionamento aos estudos, que a maioria não tem nem o ensino fundamental completo. Então, a gente tem um trabalho com o SEJA que é de Franco, para poder retomar a escolaridade e também tem aquela visão de que ele precisa ressocializar na sociedade, ele está dentro, mas ele, ao mesmo momento, está fora e garantir os direitos deles, eles são, tem ali uma situação que eles encontram, situação de rua, mas que pode ser mudada e garantir os direitos deles.” (Entrevistado XII, proteção social média, SUAS).

“Algumas vezes eles têm o contato, muitas vezes, como eles já saíram há muito tempo de casa, eles sabem só o local e nós fazemos umas buscas junto com a saúde, junto com tudo que tiver de documento deles, tentar achar essa família e fazer o contato.” (Entrevistado XII, proteção social média, SUAS).

Sobre reinserção familiar, os profissionais de psicologia e assistência social do Centro Pop continuam fazendo o acompanhamento por 30 dias após o sujeito voltar a morar na residência com sua família, com objetivo de garantir que a pessoa não volte para a rua.

Quanto ao rastreamento e busca ativa da PSR, como referido no Caderno de Orientações Técnicas, é de responsabilidade do SEAS (Serviço Especializado de Abordagem Social) realizar esta abordagem na rua para que, posteriormente, seja possível que o sujeito seja atendido pelo Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, ambos ofertados pelo Centro Pop.

“É mais a equipe do SEAS, a equipe de abordagem social que elas fazem três vezes por semana, ela sai fazendo essa busca, essa oferta desses serviços e também divulgar o nosso serviço aos comércios, a população em si. Nós temos um celular institucional que ele fica de plantão, então, em algumas situações que tiver, uma pessoa em situação de rua, nós somos acionados e a equipe de abordagem vai até lá fazer a oferta do serviço. (...), mas a equipe sai e mais no centro, nós temos a localização deles mais no centro de Franco da Rocha, poucos os bairros, então, a equipe sai mais no centro. Tem usuário que não quer ir até o centro POP, naquele momento não quer conversar com a família, não quer nada e a equipe de abordagem vai fazendo esse vínculo, ofertando a comida, ofertando uma roupa. É de acordo com que ele se sentir à vontade naquele momento, até que ele vá até o equipamento, nós temos usuários que são acompanhados pela equipe de abordagem, mas que nunca foram ao centro POP e a técnica se desloca até lá para poder fazer esse atendimento.” (Entrevistado XII, proteção social média, SUAS).

Em relação à gestão da rede SUAS, foram coletadas informações referentes ao perfil populacional dos usuários, forma de acesso aos serviços e principais demandas atendidas. O principal grupo atendido nos equipamentos do SUAS são mulheres com idades entre 25 e 40 anos, com demandas relacionadas aos programas de transferência de renda. Na proteção social de média

complexidade, as demandas são relacionadas à violência. O acesso aos serviços se dá através de demanda espontânea e encaminhamento de outros pontos da rede de atenção.

Sobre a PSR, a gestão do SUAS identificou como principal demanda em saúde mental a questão do uso de álcool e outras drogas, num perfil populacional predominantemente masculino. Sobre a porta de entrada desta população, constatou-se que:

“Ela pode as vezes chegar (no CRAS), mas isso é raro. Como existe o Centro POP eles até já conhecem que tem esse trabalho, acaba indo não só no Centro POP, mas no CREAS antes. Também existe uma questão específica da população de rua, porque ela está concentrada no centro da cidade onde tem o acesso ao comércio, e o CRAS ele está no território. Então, assim, a população de rua é uma característica dela ficar no centro da cidade, por isso dificilmente uma pessoa em situação de rua está no território e procura o CRAS.” (Entrevistado XIII, gestão SUAS).

Quanto ao rastreamento de demandas em saúde mental, é importante ressaltar que o uso de álcool e outras drogas é autodeclarado, ou seja, é de responsabilidade do indivíduo declarar se faz uso ou não. Isso pode demonstrar uma fragilidade nesse importante momento do processo de cuidado, demandando uma equipe técnica atenta e ativa às necessidades dessa população.

Podemos perceber que tanto na RAPS como no SUAS há uma lacuna na atenção integral desta população e uma atuação praticamente nula da atenção básica e de outros equipamentos que consideram como única possibilidade de demanda desta população o uso de álcool e drogas.

5.2 TRABALHO EM REDE E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

A discussão sobre articulação intersetorial, apresentada anteriormente, revelou a importância do trabalho em rede entre saúde e assistência social, visto a necessidade de integração entre as duas pastas para avaliar, elaborar, executar e monitorar o cuidado integral dos sujeitos atendidos. (BRASIL, 2011). Para este trabalho é necessário:

“Reconhecimento mútuo da missão e respeito ao trabalho de cada componente da rede; conquista de legitimidade; respeito ao ritmo e ao tempo histórico de cada instituição e da rede; instrumentos operacionais que possam facilitar as conexões, como reuniões, encontros, contatos periódicos, fluxos e protocolos pactuados, etc.” (BRASIL, 2011, p.37).

Isto posto, neste tópico serão abordadas algumas questões referentes à articulação entre os serviços da saúde e da assistência social para o cuidado da PSR de Franco da Rocha, tais como: a comunicação entre as redes, o acompanhamento de casos, a demora no acolhimento e

burocratização dos processos, a responsabilização pelo usuário e falta de conhecimento sobre outros pontos das redes.

Entre os profissionais da RAPS, da atenção básica à gestão, as opiniões sobre a articulação intersetorial apresentaram contradições e diferenças de visão, como mostram as falas abaixo:

“Às vezes a assistência (social) acha que toda a parte de saúde é responsável por aquele paciente. Não existe uma questão de "Olha, nós somos a parte do tratamento e vocês são a parte social". Então as vezes acontece algumas relações um pouco... alguns atritos em relação a algumas discussões de caso, porque a transferência de responsabilidade fica as vezes tudo em cima da saúde.” (Entrevistado III, gestão RAPS).

Para outros entrevistados a articulação intersetorial tem melhorado e se fortalecido com o tempo, e casos mais complexos já tem sido trabalhado de forma mais conjunta, ainda que essa relação entre as redes esteja ainda em processo de construção e aprimoramento:

“Em Franco da Rocha é muito forte isso (trabalho em rede), ele acaba que nos dando um suporte. As relações, intersetoriais são muito fortalecidas, as equipes trabalham muito essa questão do trabalho multidisciplinar, intersetorial, então fortalece e agiliza o nosso trabalho principalmente nos casos complexos, de média complexidade e de alta complexidade. Então isso nos motiva.” (Entrevistado VIII, atenção básica, RAPS).

“O trabalho em rede ele está caminhando, já foi mais difícil, mas, assim, eu tento ser o mais otimista possível. A gente consegue se comunicar bem com os outros serviços, principalmente com a Assistência Social que está sempre dando um suporte para a gente, porque a gente não consegue trabalhar só pensando em saúde. O atendimento da gente está super atrelado a questão da assistência, da educação e dos outros serviços também. Então a rede está trabalhando junto sim, obviamente precisa melhorar mais a questão intersetorial, mas todas as articulações que a gente tentou fazer a rede foi bem participativa.” (Entrevistado IV, atenção especializada, RAPS).

Em relação aos profissionais do SUAS, a visão sobre a articulação intersetorial se mostrou mais positiva, mesmo esbarrando em algumas barreiras de recursos humanos e materiais:

“Na rede de saúde nós temos ampliado um pouco mais, mas ainda acho que falta melhorar, mas que eu acho que esbarra em várias questões da própria também rede de saúde, RH, muitas vezes eles não têm carro para fazer visita. Aí muitas vezes nós, da assistência, acabamos liberando

o carro para fazermos uma visita em conjunto, entendeu? ” (Entrevistado IX, proteção social básica, SUAS).

“Eu acho que a rede está funcionando bem, que a gente consegue fazer o acompanhamento e filtrar o que não é, naquele momento, de demanda do equipamento e direcionar. A gente consegue, sim, funcionar bem.” (Entrevistado XII, proteção social média, SUAS).

“A saúde é uma grande parceira, quando se faz oficinas com eles para discutir uma área (...) Então a gente tem uma relação que não dá para se separar, dentro de todas as histórias que temos, a assistência também precisa deles... Então tem uma tremenda parceria aí junto. Saúde fornece um auxiliar, um técnico de enfermagem para estar lá dentro do CDI. Existe uma pactuação da Unidade Básica próximo ao Centro Dia do Idoso, de fazer os atendimentos dos nossos idosos. Então existe um cronograma que esse idoso passa, que a nossa equipe leva na USB, agendado. Então existe uma articulação muito grande com os serviços da saúde e os nossos serviços.” (Entrevistado XIII, gestão SUAS).

As falas destacadas retratam uma relação positiva entre a RAPS e o SUAS, com a possibilidade de discussão de casos, e fluxos de referência e contrarreferência funcionando de alguma maneira. Porém, no que se refere a um planejamento de ações conjuntas a nível de gestão, os dados levantados mostraram que a troca entre os setores acontece apenas quando surgem as demandas do usuário, não havendo um contato frequente e contínuo entre os profissionais para discussão de ações sobre promoção e prevenção de agravos, seja à saúde ou relacionados a proteção social.

Sobre a comunicação entre as redes, esta foi destacada como positiva, mesmo não acontecendo a nível institucional e dependendo de relações pessoais entre os profissionais:

“Eu não vejo o serviço como institucional. Sabe? Eu infelizmente tenho essa crítica, porque tem colegas meus que reclamam um pouco. (...) A gente não tem essa dificuldade. veja, não é uma coisa institucional, porque eu circulo muito bem com a rede, mas é também serviço tudo a nível de celular.” (Entrevistado I, atenção especializada, RAPS).

“O diálogo é muito bom, tanto com a rede de saúde mental, quanto a rede de assistência social, o diálogo acontece e, de fato, acontece, a gente nunca teve, assim, uma coisa formalizada, uma coisa esquematizada” (Entrevistado VII, atenção básica, RAPS).

De acordo com o estudo citado anteriormente realizado por Avelar e Malfitano (2018), é essencial que a discussão sobre o trabalho em rede se torne praxis da gestão de ambas as políticas públicas, para que o cuidado ofertado à população, principalmente à uma população vulnerável e invisível como a PSR, seja integral e resolutivo.

Sobre o acompanhamento de casos e o processo de referência e contrarreferência, foi notado que o fluxo de encaminhamentos acontece, porém o profissional que inicialmente atendeu o sujeito não se mantém informado sobre o caso.

“A gente consegue conversar sobre o caso, agora, uma vez que eu passei, por exemplo, para o CRAS, se eu falar para você, olha, eu ligo para saber como é que está o CRAS no caso x, não. A gente não tem essa contrarreferência, é raro, raríssimo.” (Entrevistado VII, atenção básica, RAPS).

Como informam Costa et al (2015), a contrarreferência e o monitoramento dos casos feitos por serviços territorializados, que compõe a atenção básica em saúde e a proteção social básica na assistência social são de extrema importância para o funcionamento das redes e para oferta do cuidado integral e contínuo. Estes serviços, além da atuação no território, prestam retaguarda aos serviços da atenção especializada e proteção social de média/alta complexidade. Os autores ressaltam que é igualmente necessário o *“estabelecimento de um fluxo de cuidados que considere também a contrarreferência dos serviços especializados e de níveis de complexidade mais altos a esses dispositivos de âmbito primário.”* (COSTA et al., 2015, p.249),

Em relação à demora e burocratização do processo de acolhimento do sujeito, que se caracteriza como uma barreira de acesso, foram levantados alguns pontos pelos profissionais do SUAS, como:

“As demandas do usuário em situação de rua, elas são urgentes. Ele não quer esperar para passar em uma consulta daqui a um mês, ele não quer esperar para fazer um RG daqui a um mês, algumas coisas são urgentes, tem que ser no momento que ele está disposto, que ele busca ajuda. Então, às vezes, a gente encontra barreiras em prazos, em coisas que não dependem de nós, que

dependem de você esperar e quando você consegue o usuário já não está mais no serviço, ele já foi para outro município. Então, às vezes, a barreira que nós encontramos é essa, de o tempo de fazer algo para ele.” (Entrevistado XII, proteção social média, SUAS).

“A principal dificuldade que hoje a gente enfrenta, é que para o usuário ser atendido, ele precisa ter a documentação, o cartão do SUS, o RG, isso a gente enfrenta no CAPS, por conta de sistema, que tem que ser registrado em prontuário, eles têm o protocolo deles e hoje o usuário chega para mim sem nada. Então, enquanto eu não consigo agendar um RG dele, ele não consegue fazer um atendimento, tanto de saúde, quanto no CAPS e a gente está trabalhando formas de quebrar essa barreira, formas de conseguir o atendimento para esse usuário até que ele tenha a documentação necessária.” (Entrevistado XII, proteção social média, SUAS).

Essas dificuldades citadas também foram levantadas no estudo feito por Macedo, Souza e Carvalho (2020) como entraves para o acesso da PSR aos serviços de saúde. Estes equipamentos, que são considerados porta aberta, acabam tendo uma postura excludente em relação à PSR ao fazer altas exigências, como a documentação. Como demonstrado em uma das falas, a demanda dessa população é urgente e o estabelecimento de vínculo é imprescindível para o cuidado da PSR. Importante que o indivíduo possa se vincular aos serviços e ter sua demanda encaminhada em seu primeiro contato, para que o fluxo de atendimento possa acontecer sem que o sujeito se perca nos encaminhamentos.

O desconhecimento dos profissionais sobre as especificidades dos pontos de atenção das duas redes que compõe a linha de cuidado da RAPS e do SUAS, foi apontado com uma outra dificuldade nessa articulação:

“Eu vejo potência porque eu resolvo o meu problema, eu consigo resolver o problema e a longo prazo também é muito bom (...)... a desvantagem, é que na verdade tinha que ser automático a partir do momento que você tem conhecimento da potência, dos entraves, do fluxo, de várias questões, são tantas variáveis, mas se a gente tivesse um pouquinho mais de intimidade com todas elas, talvez fosse mais fácil, e até mais rápido, no entanto é isso, vai apagando incêndio.” (Entrevistado VII, atenção básica, RAPS).

“Eu avalio que o conhecimento que a gente tem, não vou te falar que é tão profundo (...) mas temos noção do essencial para fazer os encaminhamentos e entender o serviço”. (Entrevistado XIII, gestão SUAS).

Conhecer os pontos que compõe a rede de atenção e seus fluxos é fundamental para que a demanda do sujeito seja atendida da melhor forma possível, através de uma linha de cuidado bem pactuada entre os serviços, onde cada componente tem seu papel e função estabelecidos. A dinâmica de encaminhamento deveria dar lugar à uma linha de cuidado em conjunto, para que todos os serviços estejam cientes da tomada de decisão referente ao processo de cuidado de determinada pessoa e todos se responsabilizassem por esse indivíduo. Sobre este último ponto, foram apontadas falhas em ambas as redes, como explicitam as falas abaixo:

“Com o SUAS é um pouco mais frágil mesmo. Então as vezes a gente tem que mostrar para eles que o paciente também é usuário do SUAS. Então a gente acaba em alguns momentos, tendo uma compreensão diferente do próprio serviço. Ou então o paciente vem para a gente, não tem um trabalho efetivo com a família. Porque muitas vezes a gente encaminha para eles não só as demandas financeiras, que essa é mais fácil, eles são incluídos nos programas de transferência de renda e tudo mais, mas a maior dificuldade é no fortalecimento dos vínculos familiares. Então a gente acaba tendo uma visão diferente da atuação do serviço em relação ao usuário.” (Entrevistado II, atenção especializada, RAPS).

“Não dá para generalizar, mas alguns atores, um ou outro ainda tem dificuldade de ver a visão do todo. Decisões que tem de ser tomadas conjuntas, as vezes a rede tem uma morosidade em questão de tomar decisões.” (Entrevistado IV, atenção especializada, RAPS).

“Um exemplo, se a gente precisar encaminhar um morador de rua alcoólatra para atendimento, para a residência terapêutica, não é? E no momento eles estão... já tivemos aqui na área da saúde, agora estava sem. Nós tínhamos um caso, um acolhimento para ser feito de um morador de rua e aí tivemos essa dificuldade de não conseguir essa parceria para colocar e para dar depois o andamento no caso.” (Entrevistado XIII, gestão SUAS).

Sobre este tema, a pesquisa citada anteriormente realizada por Macedo, Souza e Carvalho (2020), aponta que para o cuidado da PSR é necessário um trabalho ativo e conjunto, que proporcione a troca de informação e corresponsabilização pelo usuário, para que este não fique

sem acompanhamento e não encontre resolução para sua demanda. Para isso é importante garantir espaços de conversa e discussão entre os serviços e entre os sistemas de atenção.

“A gente tem os nossos agentes comunitários de saúde que trabalham nas áreas delimitadas e quando, geralmente, quando a gente descobre algum paciente da qual ele é atendido, por exemplo, o paciente é meu, mas ele é atendido no CAPS infantil, o CAPS infantil faz um reunião com a rede aonde vai, dependendo da situação, vai o CRAS, se tiver algum benefício, se for beneficiado de Bolsa Família, vai atenção básica que sou eu, vai a escola se for o caso e eles lá, o CAPS. Então, a gente sempre tem essas conversas em conjunto, em rede mesmo, porque o problema não é só do CAISM, o problema é nosso, o problema não é só do CAPS, o problema é nosso.” (Entrevistado VI, atenção básica, RAPS).

Sobre o cuidado em saúde mental da PSR, foi verificado que tem existido uma articulação entre Centro Pop, CAPS e Unidades Básicas de Saúde/NASF:

“Nós fazemos roda de conversa e palestras, a psicóloga faz essa ação e nós sempre convidamos o CAPSad para fazer parte também dessa roda de conversa e trazer para eles os temas que são mais de incentivo, de cotidiano e ver esse usuário, esse adoecimento mental e em casos que precisam de uma terapia, de algo mais e que a nossa psicóloga hoje, ela não consegue fazer uma terapia no usuário, ela faz um atendimento mais psicossocial e quando ela entende essa demanda que o usuário está em sofrimento, que ele precisa, nós direcionamos para UBS e o NASF faz o acompanhamento dele para ele fazer realmente a terapia na UBS. Nós já direcionamos dois usuários para essa situação....Para o CAPSad nós direcionamos praticamente todos, que a maioria é usuário de álcool e outras drogas, então, nós já fazemos, assim que iniciou o atendimento, já fazemos o referenciamento dele e nós monitoramos se ele faz o acompanhamento, como que ele se sente nesse acompanhamento e o CAPSad também está presente dentro do centro POP, a gerente, a todo momento, vai até lá, faz roda de conversa, então, eles acabam entendendo que tudo é um vínculo só e nós direcionamos...Nós temos, a maioria, é o transtorno por conta de uso de drogas, uso abusivo de drogas. Então, a maioria é esse caso, nós temos um ou outro de esquizofrenia ou outro tipo de transtorno, mas o CAPS 2 também nos auxilia nessa questão, mas é por conta do uso do álcool, a maioria vai mesmo para o CAPSad.” (Entrevistado XII, proteção social média, SUAS).

“O que a gente tem agora é um Centro POP bem forte no município, bem atuante, com o qual nós fazemos um trabalho muito bom, nós temos uma parceria bem bacana e então eles vêm. (...) porque eles (PSR) não vêm até aqui, é difícil. Então eu acabo indo lá para sensibilizá-los, para eles conhecerem um pouco do nosso trabalho. Eu faço uma acolhida, sou eu que vou, por isso que eu falo bem eu mesmo, que sou eu mesma que vou. Então a gente faz uma acolhida dessas pessoas, informando como é o nosso trabalho aqui. É como se eles estivessem aqui. Sabe? Só que daí a gente faz lá o trabalho. Faço um trabalho junto com a psicóloga de lá.” (Entrevistado I, atenção especializada, RAPS).

Importante ressaltar que os gerentes de unidades básicas e do CAPS adulto entrevistados, assim como os profissionais do NASF revelaram não fazer esse cuidado em saúde mental com a PSR, alegando que isso é responsabilidade apenas do Centro Pop e do CAPSad e revelando uma contradição de visão entre os profissionais da própria RAPS, visto que um serviço alegou fazer o encaminhamento de pessoas em situação de rua para a atenção básica, enquanto este afirmou não atender esta população. Um CAPS afirmou que trabalha junto e atende tal população e o outro que esse atendimento é feito pelo Centro POP.

Os dados discutidos neste tópico mostraram grande dificuldade da atenção básica em acessar a PSR no município e a carência de ações voltadas para o cuidado em saúde mental, para além do uso de álcool e drogas. Por isso, seria de grande proveito a realização de ações de capacitação das equipes da atenção primária para o cuidado junto à esta população. Tal capacitação é uma das atribuições do NASF, como disposto no Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do NASF (2009):

“A organização dos processos de trabalho dos Nasf, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc.” (BRASIL, 2009, p.9)

Em relação aos equipamentos do SUAS, o atendimento da PSR é de responsabilidade dos serviços de média e alta complexidade, como mencionado anteriormente. Entretanto, a proteção social básica deveria ter um papel mais atuante no que se refere à busca ativa e rastreamento desta população no território, uma vez que é de sua competência fazer o monitoramento de todas as

situações de vulnerabilidade, assim como ser ponto de entrada e referência do usuário para os outros equipamentos do SUAS, a depender de sua demanda.

5.3 CUIDADO OFERTADO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

O último tema a ser analisado se refere ao cuidado psicossocial ofertado à PSR pelos equipamentos da RAPS e do SUAS.

À nível de gestão, foi observado que:

“A pessoa em situação de rua as vezes ela chega lá muito no CAPSad, pela condição dela do uso abusivo de álcool, e normalmente os equipamentos da assistência acionam a saúde, porque elas chegam primeiro lá na assistência normalmente, aí da assistência eles vão para os CAPSad. Por quê? Porque ele atende Centro POP, porque tem a Casa de Passagem, porque existia a unidade de acolhimento, o acolhimento emergencial por conta do inverno. Aí existe um trabalho junto que o CAPSad e o CAPS II as vezes também faz, quando é acionado, que elas se falam entre elas, e eles chegam através desses equipamentos.” (Entrevistado III, gestão RAPS).

“(A PSR) chega no Centro POP, agora é mais raro isso acontecer, que a população vá direto para o CREAS, porque já se sabe que tem um Centro POP aqui na cidade. E eles falam um para o outro isso, então eles mesmo já passam para a companheira ali do lado, quem chega. Porque também existe aqui em Franco da Rocha, a gente tem moradores que são moradores de Franco da Rocha. Agora existe, por conta do trem, essa facilidade de eles se locomoverem, então as vezes vem um morador novo.” (Entrevistado XIII, gestão SUAS).

As duas falas destacadas reforçam que os equipamentos de referência para esta população são o CAPSad na rede RAPS e o Centro Pop no SUAS, sendo este último o principal serviço procurado por este grupo social no município. Importante ressaltar também que, mais uma vez, se comprovou a ausência de ações da atenção básica e da proteção social básica voltadas para a PSR.

Apesar de uma das unidades básicas ter relatado o atendimento às demandas de saúde em geral da PSR encaminhadas principalmente pela casa de passagem, não há nos relatos dos profissionais nenhum olhar específico para as demandas psicossociais e de saúde mental e não foi relatado nenhum fluxo de cuidado nessa direção.

Além da questão do acesso aos serviços, também foi mencionada a dificuldade de adesão desta população aos equipamentos de saúde e a dificuldade de estabelecer vínculos:

“Normalmente eles (SUAS) têm mais vínculo com essas pessoas, porque essas pessoas não vão para o CAPS, eles estão em situação de rua, eles não querem ir para equipamento, eles querem ficar na rua...Elas não têm adesão. Eles vão as vezes para uma consulta. Igual recentemente eles fizeram o abrigo emergencial e o CAPSad estava dando suporte em relação aos casos, porque tinha caso de TB (Transtorno Bipolar) tinha... então eles acabam levando para o CAPSad situações e ele mediava.” (Entrevistado III, gestão RAPS).

A gestão do SUAS, por sua vez, destacou que um dos serviços do Centro Pop, o SEAS, tem como principal objetivo a busca ativa desta população nos locais que habitam, com a finalidade de estabelecer vínculo e conseqüentemente levar os indivíduos até o equipamento para iniciar o processo de cuidado a partir de suas necessidades. O Centro POP, portanto, é um serviço chave para mediar os vínculos dessa população com todos os outros serviços da rede, seja da assistência social ou da saúde:

“O Centro POP tem dois serviços, o serviço de abordagem social onde a equipe vai para as ruas para estabelecer um vínculo e esse trabalho de conseguir trazer este morador de rua para o Centro POP. E aí ele chegando no Centro POP aí começa a se fazer o trabalho com ele, que aí é o serviço de atendimento à população, moradores de rua ou famílias em situação de rua. Então, assim, o que o inicia o trabalho praticamente é com essa equipe de abordagem que vai para as ruas estabelecendo, buscando esse vínculo. Trabalho com morador de rua é um trabalho que ele requer tempo, o morador de rua precisa se sentir seguro para chegar. Então a gente já tem moradores de rua que começam a frequentar o Centro POP onde ali lhe é ofertado banho, café da manhã.” (Entrevistado XIII, gestão SUAS).

Sobre a questão do vínculo, Van Wijk e Mângia (2017), argumentam que este deveria ser a base do trabalho com a PSR, para além do acompanhamento às questões de saúde, mas também como um processo de construção de uma relação de confiança, proximidade e responsabilização. As autoras apontam que:

“A presença das equipes nas ruas diariamente é uma estratégia para manter a frequência de abordagens aos usuários e assegurar a continuidade do cuidado. A busca ativa e a constância no território são recursos para aproximação e vinculação, que são lentas na

maioria dos casos, ocorrem no tempo do usuário e demandam persistência” (Van Wijk e Mângia, 2017, p. 1134).

Isto posto, se torna primordial o planejamento e execução de ações da saúde voltadas para este rastreamento da PSR, com o propósito de estabelecer uma relação de confiança e proporcionar o cuidado integral ao sujeito, assim como realizar trabalhos de promoção e prevenção da saúde, para que esta população não acesse apenas os equipamentos de urgência e emergência, mas também frequentem os serviços disponibilizados na atenção básica.

A questão da responsabilização também deve ser exposta, dado que não é obrigação de apenas um serviço ofertar o cuidado desta população. O sujeito, seja em situação de rua ou não, deve usufruir de todos os serviços que lhe forem necessários, a depender da avaliação feita. Portanto, o Centro Pop pode exercer este papel de coordenador do cuidado para esta população, mas não deve ser isolado dos demais serviços, visto que a demanda da PSR é complexa e pode abarcar outras áreas.

Ainda em relação a dificuldade de adesão desta população ao cuidado ofertado, um profissional da atenção básica da RAPS salientou:

“Tem muitos desses moradores que vem e passam e depois nunca mais aparece e tem uns que tem as constâncias que a gente pega faz geralmente quando tem mulher muito exame de sangue para ver gravidez, essas coisas aí, a gente faz um acompanhamento aqui.” (Entrevistado V, atenção básica RAPS).

Mais uma vez, esta fala demonstrou a dificuldade de adesão da PSR ao cuidado ofertado pela atenção básica, que por sua vez presta serviço apenas a partir de encaminhamento da rede, principalmente da Casa de Passagem e do Centro Pop. Foi mencionada uma ação de busca ativa para rastrear pessoas com tuberculose abrigadas na Casa de Passagem e algumas ações de educação em saúde sobre higiene. Entretanto, estas ações foram todas pontuais e não abarcaram indivíduos não abrigados:

“Nós fizemos palestra lá, a gente faz palestra sobre higiene, faz busca ativa de tuberculose, da importância da higiene corporal. “Nós fizemos a busca ativa lá, mas graças a Deus fizemos em 15 moradores, mas não teve nenhum, todos negativos, esse ano, coisa de dois meses atrás.” (Entrevistado V, atenção básica RAPS).

Em relação aos serviços da proteção social básica, não foi identificada nenhuma ação de cuidado ou busca ativa desta população, como discutido anteriormente.

As situações de violência (doméstica, sexual ou psicológica) vividas pela PSR não recebem atenção e, por isso, não existe um fluxo de cuidado intersetorial pactuado. Tanto o Núcleo de Violência do município, como o CREAS, que é responsável pelo atendimento de situações de violação de direitos, não se sentem responsáveis pelo cuidado direto dessa população. Não existe uma diretriz municipal sobre as possíveis situações de abuso ou violência vividas por estes sujeitos. O Centro POP novamente é o serviço que deve filtrar e decidir sozinho sobre tais situações:

“A população em situação de rua é uma questão da assistência mesmo, assistência social. É porque é um tipo de violência... é diferente, é diferente da violência doméstica, é diferente da violência sexual, não é? Mas se a assistência social fizer (sic) essa triagem, avaliação e vê que é necessidade de o núcleo (de violência) acompanhar, eles encaminham sim...O núcleo é muito recente, tem um ano e um mês que a gente está com uma equipe aqui, então pessoas em situação de rua a gente não recebeu não, mas a gente está sempre em contato com a assistência, e eles sabem sim do serviço. Eu acredito que se houver necessidade, eles encaminham sim.” (Entrevistado IV, atenção especializada, RAPS).

“Atendimento a pessoa em situação de rua encaminha para o centro POP, faz o acompanhamento, a gente faz o acompanhamento por seis meses no PAEF (após a saída da rua). Hoje nós temos três casos de pessoas que saíram das ruas.” (Entrevistado XI, proteção social média, SUAS).

Assim, sobre o tema da violência, é importante questionar, portanto, quem é o responsável por ofertar este cuidado. Ao Centro Pop é delegada toda a responsabilidade de atenção da PSR, mas não faz parte de suas atribuições atender todas as diversas demandas psicossociais que esta população tem. Se faz necessário o planejamento de linhas de cuidado que acionem os pontos da rede de atenção, seja da RAPS ou do SUAS, que abarquem as necessidades deste grupo social, com papéis bem estabelecidos e corresponsabilização pelo usuário.

O Ministério da Saúde define a linha de cuidado como:

“Padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, nas quais descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada

serviço de saúde e viabilizam a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um continuum assistencial. (BRASIL, 2021).

A implementação de uma linha de cuidado específica para a PSR convocaria todos os pontos de atenção da rede a serem ativos, dando a possibilidade de o usuário receber o cuidado integral, que é seu por direito.

O Centro Pop, por sua vez, confirmou ser a principal porta de entrada da PSR para ambos os sistemas de atenção:

“O centro POP é a principal porta de entrada, que eles mesmo têm essa resistência de procurar. O serviço é bem receptivo, atende à demanda deles, mas eles têm mesmo essa dificuldade em procurar e o centro POP é a principal porta de entrada, mas depois eles conseguem dar conta dessa demanda sozinho e procurando por conta própria... eles chegam mais de forma voluntária e acaba procurando o nosso serviço para tomar um banho, almoço e em algumas situações, quando não conhece o serviço, a equipe de abordagem faz a oferta, acolhe e faz a oferta, direciona ao centro POP e também pela rede, pelo CREAS, pela própria saúde, a UBS, quando identifica direciona. As abordagens são feitas na própria rua, já fizeram o mapeamento no município e acabam fazendo rotineiramente essas abordagens e encontrando os usuários e ofertam os serviços no centro POP.” (Entrevistado XII, proteção social média, SUAS).

Importante ressaltar que os sujeitos chegam principalmente de forma voluntária ao serviço, e que existem ações de abordagem na própria rua. Sobre as ações de cuidado ofertadas, foi constatado que são realizados procedimentos voltados à regularização de documentação, elaboração de currículo e encaminhamento ao PAT, direcionamento aos estudos, reinserção familiar e garantia de direitos. Sobre o cuidado à saúde mental, foram citadas ações como rodas de conversa e palestras:

“A psicóloga faz essa ação e nós sempre convidamos o CAPS, o CAPSad, o CAPS (adulto) para fazer parte também dessa roda de conversa e trazer para eles os temas que são mais de incentivo, de cotidiano e ver esse usuário, esse adoecimento mental e em casos que precisam de uma terapia, de algo mais e que a nossa psicóloga hoje, ela não consegue fazer uma terapia no usuário, ela faz um atendimento mais psicossocial e quando ela entende essa demanda que o usuário está em sofrimento, que ele precisa, nós direcionamos para UBS e o NASF faz o

acompanhamento dele para ele fazer realmente a terapia na UBS. Nós já direcionamos dois usuários para essa situação.” (Entrevistado XII, proteção social média, SUAS).

Como não é competência do Centro Pop realizar psicoterapia individual, os sujeitos que apresentam essa demanda são referenciados à UBS e ao NASF, entretanto, os profissionais destes serviços alegaram não realizar atendimento desta população. Isso mostra uma contradição entre os equipamentos e uma lógica de referência e contrarreferência que não contempla a demanda do usuário, uma vez que ele recebe encaminhamento, mas não chega até o outro serviço, mostrando mais uma vez a importância de uma linha de cuidado e de estratégias acordadas, e de uma boa comunicação entre os profissionais, centrada nas necessidades do usuário.

Em relação ao CAPSad, serviço que também ocupa papel central no cuidado da PSR, foi constatado que esta população chega principalmente através de encaminhamentos do Centro POP e o trabalho realizado é pautado principalmente na Redução de Danos (RD) e na prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas, através de atendimentos em grupo com enfermeiro, assistente social, psicólogo e médico:

“Quando eles vêm, eles vêm geralmente encaminhados do Centro POP. O Centro POP já manda por e-mail informando que essa pessoa deverá vir, estará chegando. E eles vêm sim em situação de rua. Dependendo da situação eles vão ficar na Casa de Passagem, mas isso é uma avaliação que o Centro POP faz, ou eles continuam em situação de rua mesmo, viventes de rua...o nosso trabalho é pautado em redução de danos. A redução de danos que nós trabalhamos aqui, a gente faz com que as pessoas entendam o que é esse uso da substância nesse momento, o quão nocivo está sendo para sua vida, que ele faça uma responsabilização sobre isso e faça escolhas...a gente faz trabalho de prevenção. Nós temos os atendimentos em grupo com enfermeiro, com médico. Psiquiatra não faz ainda em grupo não, mas um psicólogo, assistente social que faz todo um acolhimento. Nós temos os grupos de família, os grupos das pessoas que são dependentes.” (Entrevistado I, atenção especializada, RAPS).

Gomes e Vecchia (2018), discutem o processo de implementação da Política de Redução de Danos no Brasil, que teve suas primeiras iniciativas no final da década de 1980 na cidade de Santos (São Paulo) e passou a se caracterizar como uma estratégia a ser utilizada no âmbito do SUS apenas em 2003. Os autores colocam que:

“Essa Política preconiza ações preventivas e de redução de danos, bem como o entrelaçamento das iniciativas de RD com os serviços do SUS, principalmente com os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos serviços de atenção básica à saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF).” (GOMES; VECCHIA, 2018, p.2329).

Uma das principais características da RD é a promoção da autonomia, participação do usuário na construção do seu cuidado e respeito à sua singularidade. Sobre isso, Gomes e Vecchia (2018) alegam que:

“Um dos principais pontos dessa prática é partir da singularidade do sujeito e de seus direitos enquanto cidadão. Os programas de RD invocam em seu favor razões éticas e humanitárias, a promoção da saúde e os direitos humanos. A promoção da saúde implica o protagonismo dos atores sociais em sua qualidade de vida e saúde, como um contraponto à medicalização da assistência, visando à autonomia e emancipação. (...) Repudia-se, assim, o abandono e a discriminação de pessoas que vivem problemas por fazerem uso de álcool e outras drogas, que passaram ou passam por fracassos quanto à impossibilidade de abstinência imediata, ou que ainda não se veem em condições de aderir a um tratamento.” (GOMES; VECCHIA, 2018, p.2329).

Os dados levantados mostraram que se faz uso de uma ferramenta de construção do cuidado em conjunto entre usuário e equipe técnica, respeitando as diretrizes da Redução de Danos:

“Nós temos o PTS, é um contrato que é o PTS que a gente faz quando eles chegam. E inclusive a gente quer saber deles o que mais atrai eles, do que a gente tem para oferecer. Não é algo forçado, sabe? “Você vai ter que fazer isso”, não, a gente na hora da entrevista ali com eles, nós procuramos saber, do que a gente tem para oferecer, que tipo de atividade mais atrai para que ele tenha ânimo, motivação para vir.” (Entrevistado I, atenção especializada, RAPS).

Sobre os demais serviços da atenção especializada à saúde mental, não há o atendimento à PSR, portanto, nenhuma ação de cuidado tem sido dispensada nestas unidades para este grupo.

Por fim, sobre o cuidado ofertado especificamente para problemas relacionados à pandemia de COVID -19, os dados adquiridos seguem a mesma linha de raciocínio já apresentada, sendo esta responsabilidade centrada no Centro Pop:

“Nós temos o centro POP que forneceu todo esse período a marmita, então, eles vão... o café da manhã e depois voltaram para pegar a marmita. Também foi ofertado o serviço de... que nós falamos de alta complexidade, que seria o serviço de acolhimento para população em situação de rua, também. Nós contamos somente no período de inverno, ele foi novamente colocado em prática aqui no município.” (Entrevistado IX, proteção social básica, SUAS).

“Para mim não chegou nenhum caso de morte ainda de Covid com relação a esse pessoal em situação de rua. Os suspeitos, o pessoal da casa de passagem traz o paciente aqui e a gente já acolhe, e já orienta deixarem isolado dos demais e manda para o laboratório, e o médico já se ele está com aqueles sintomas, o médico já faz a prescrição dele; ele fica na casa de passagem mesmo, caso precise de internação vai para a UPA. (Entrevistado V, atenção básica, RAPS).

Existiram, porém, ações relacionadas à oferta de alimentação e banho, distribuição de kits de proteção (máscaras, álcool, itens de higiene), acolhimento no inverno em abrigo emergencial e certo isolamento na Casa de Passagem de alguns casos suspeitos, No entanto, pelo que foi relatado, não houve uma testagem coletiva desta população e nem um rastreamento intencional de casos de Covid 19. Nenhum dos entrevistados relatou a existência de algum caso de internação ou óbito por Covid-19 entre a PSR.

“Com a pandemia a gente teve que mudar de local, espaço físico para tomar todos os cuidados necessários para isso. Mesmo assim o Centro POP não fazendo as suas reuniões, o atendimento, a gente continuou aqui ofertando serviços para eles para não perder o vínculo inclusive com a questão do café da manhã, do banho. E então esse vínculo deu continuidade. Os moradores de rua (sic) permaneceram, foram atendidos e continuam sendo atendidos, porque a gente ainda continua aí com restrições.” (Entrevistado XIII, gestão SUAS).

O Centro Pop, por sua vez, revelou informações referente ao aumento de pessoas em situação de rua no município durante a pandemia por conta de perda de renda, emprego e moradia, e por conseguinte uma mudança no perfil populacional deste grupo:

“Por conta da pandemia nós tivemos mais homens e em alguns momentos casais que perderam o aluguel, a renda e não conseguiram pagar o aluguel, ficaram em situação de rua e começamos a atender casais.”

“Nós tivemos meses de ter 113, 115 pessoas, porque eles vinham de outros municípios, a maioria de São Paulo e também por conta (de) nós estarmos próximos as penitenciárias e acabaram indo ao centro POP. Nós fizemos ali o atendimento, a inclusão do cadastro único, providenciar a documentação, fizemos os direcionamentos e alguns já voltaram para os municípios.” (Entrevistado XII, proteção social média, SUAS).

Novamente, a questão da localização geográfica do equipamento demonstrou como este é o único ponto de referência para esta população, o que obrigou o serviço a atuar para além de sua capacidade.

Durante o período de pandemia, a forma como os usuários chegaram ao serviço permaneceu sendo a demanda espontânea:

“Durante a pandemia foi mais demanda espontânea, que eles acabaram migrando de outros municípios, viram principalmente de São Paulo e acabou chegando no centro POP através dos outros usuários. Na pandemia nós tivemos muita demanda espontânea.” (Entrevistado XII, proteção social média, SUAS).

As ações cotidianas ofertadas nesse período se mantiveram as mesmas, como café da manhã e almoço, com a inclusão de café da tarde, banho e troca de roupa. Sobre os atendimentos propriamente ditos, houve uma maior restrição de contato devido a necessidade de distanciamento social em alguns períodos:

“A psicóloga acabou fazendo um trabalho mesmo no portão, de conversa com eles, de acolhida, de tentar direcionar, muitos a gente tentou fazer o vínculo com a família naquele momento e a família por estar passando por situações, teve algum usuário que a mãe acabou falecendo de covid e ele acabou se aproximando da família.”

Sobre a adesão dos usuários às normas de proteção à Covid -19, foi constatado que houve uma dificuldade no início para que todos usassem máscara, pela dificuldade de enxergarem tal doença como um risco real para eles, uma vez que vivem uma existência pautada pela invisibilidade, pelas violências sofridas e pela constante falta de acesso aos direitos humanos básicos:

“Teve resistência, porque eles não querem usar máscara, eles acham que não vão pegar, então, foi mesmo de persistir, de falar... quando eles entram para tomar banho, só entra de máscara e é falar: Cadê a máscara? Esqueci. Então, foi mesmo de falar a todo momento da máscara e do álcool e eles não acreditavam nessa doença. Então, a gente teve que fazer um trabalho de informar, de conscientização, de cuidado com eles, que eles mesmo não acreditavam. Foi difícil, hoje eles usam máscara, mas foi muito persistente com eles.” (Entrevistado XII, proteção social média, SUAS).

Em conclusão, percebeu-se a partir das entrevistas que o cuidado ofertado à PSR no município de Franco da Rocha é focado no Centro Pop e CAPSad, mostrando a falta de participação dos equipamentos de atenção básica e proteção social básica, assim como de vários serviços da atenção especializada e da proteção social média. É de extrema importância que a rede de atenção seja articulada, para ofertar o cuidado integral que esta população necessita, sem pré-julgamentos de que a demanda seria voltada apenas para questões relacionadas à álcool e outras drogas.

6. CONCLUSÃO

A população em situação de rua é um grupo social historicamente invisibilizado e negligenciado pelo poder público e seus órgãos assistenciais. No contexto atual de pandemia de Covid-19, o número de pessoas em situação de rua aumentou de forma exorbitante, deixando esta população ainda mais à margem da sociedade, sem acesso aos fatores estão previstos na Constituição Federal como dever do Estado em fornecer, tais quais a moradia, alimentação, higiene, acesso à saúde, lazer entre outros.

No município estudado, o aumento desta população revela a necessidade do planejamento de políticas públicas mais abrangentes e intersetoriais, de saúde, assistência social, habitação, trabalho, cultura, educação, entre outras, a fim de mitigar esta situação e oferecer um cuidado integral para esses sujeitos.

Os dados coletados mostraram como o cuidado à população em situação de rua é planejado e ofertado. No âmbito geral, as questões de saúde desses indivíduos são atendidas principalmente nos serviços de urgência e emergência, evidenciando a negligência e falta de planejamento da atenção básica para com esta população.

Interessante ressaltar que a proteção social básica é igualmente ausente no cuidado desta população. O trabalho de rastreamento de situações de vulnerabilidade é terceirizado para serviços da proteção social média, acarretando numa desresponsabilização desse nível de proteção com este grupo social, que por sua vez, é heterogêneo e apresenta demandas extremamente complexas, devendo, portanto, percorrer todos os níveis de atenção para que suas necessidades sejam atendidas.

Em relação à saúde mental da PSR, foi identificado que o problema psicossocial mais visível é o uso e abuso de álcool e outras drogas, o que reforça o estereótipo que historicamente recai sobre esta população. Outras demandas de saúde mental não são atendidas pelos serviços, muito menos são realizadas ações de rastreamento e acompanhamento de situações de sofrimento mental e demandas psicossociais, seja pelos serviços da RAPS ou do SUAS.

Questões como violência e casos de Covid-19, também se mostraram sem rastreamento e, portanto, sem execução de ações preventivas, o que demonstra, mais uma vez, que esta população é atendida somente quando o problema já se instalou e atingiu uma situação de urgência.

As ações intersetoriais se mostraram quase inexistentes, acontecendo apenas sob demanda específica. A falta de planejamento de linhas de cuidado intersetoriais revela uma falta de conhecimento das reais demandas desta população. Para mudar este cenário, é preciso apostar em ações que aconteçam no local que a PSR reside, sem altas exigências para acessar, frequentar os equipamentos e conseqüentemente aderir ao projeto de cuidado, apostando no vínculo entre os profissionais e os sujeitos atendidos.

O dado levantado sobre a comunicação entre os trabalhadores de ambas as secretarias, mostra outro empecilho para a implementação dessas linhas de cuidado intersetoriais. Foi discutido que as relações acontecem de maneira informal, baseadas em relações pessoais entre os profissionais. O trabalho com esta população exige uma articulação efetiva da gestão de ambos os sistemas de atenção e entre todos os equipamentos e equipes, uma corresponsabilização pelo usuário e papéis bem definidos entre os agentes, para que todos tenham esclarecido a sua função e como desempenhá-la.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A psicologia e a população em situação de rua: novas propostas, velhos desafios / Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais (CRP-MG), organizador. -- Belo Horizonte: CRP 04, 2015;

AVELAR, Mariana Rossi; MALFITANO, Ana Paula Serrata. Entre o suporte e o controle: a articulação intersetorial de redes de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 10, p. 3201-3210, out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182310.13872018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RLsQvdqDGXdmJF5KtgDMJm/?format=pdf&lang=pt>;

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Brasília, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm;

BRASIL. Ministério da cidadania. **Gestão do SUAS**. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/gestao-do-suas>;

BRASIL. MINISTÉRIO DA FAMÍLIA, MULHER E DIREITOS HUMANOS. **Atendimento e Acolhimento Emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia da Covid-19**. Brasília: -, 2020. 9 p. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/Atendimento_e_Acolhimento_Emergencial.pdf;

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Cartilha SUAS 2: Implicações do SUAS e da Gestão Descentralizada na Atuação dos Conselhos de Assistência Social. Brasília, 2013;

BRASIL. MINISTÉRIO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Perguntas e Respostas: Serviço especializado em Abordagem Social**. Brasília, 2013. 52 p. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Perguntas_Servico_AbordagemSocial.pdf.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua. Brasília, 2009;

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012;

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica- Diretrizes do NASF. – Brasília, 2009.

BRASIL. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop**. Brasília: Gráfica e Editora Brasil Ltda, 2011. 116 p. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf;

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de novembro de 2011. **Portaria**. Brasília, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html;

BRASIL. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. Brasília, Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html;

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília, Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html;

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html;

BRASIL. Resolução nº 145, de 2004. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf.

BRASÍLIA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária**. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>.

BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 23, p. 33-50, jan. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/9hS93srJcFSHxk8bYs5SLvc/?lang=pt&format=pdf>.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 27, p. 1265-1286, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/wcqNQQKzjKH7jM4hyRDCYVc/?format=pdf&lang=pt>.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; JESUS, Christiane Herold de; CREVELIM, Maria Angélica. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, jan. 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2010.v19n3/709-716/pt>;

CONROY, Alcilene de Souza Araujo. Sistema Único de Assistência Social: CRAS Betinho e CREAS Jamari/Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, 1.ed. 2018. Disponível em: <https://ariquemes.ro.gov.br/pmaportal/public/system/Attachment/attachments/000/000/258/original/CARTILHA%20-%20SUAS%20II.pdf>;

COSTA, Pedro Henrique Antunes da. Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 23, p. 245-252, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/pB5ZgyvSCZGCVSbQWgLtdbm/?format=pdf&lang=pt>;

FIDELIS, Ariélly Cristina. **Sentido do cuidado em saúde mental na rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde**. 2016. 175 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação Profissional em Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13834/2/Ari%c3%a9lly_Fidelis_EPSJV_Mestrado_2015.pdf;

FIOCRUZ. Fiocruz (org.). **RECOMENDAÇÕES PARA OS CONSULTÓRIOS NA RUA E A REDE DE SERVIÇOS QUE ATUAM JUNTO COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE**

RUA. Fiocruz, Rio de Janeiro, 204-223, jan. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/44269/2/Recomenda%c3%a7%c3%b5es%20para%20os%20consult%c3%b3rios%20na%20rua.pdf>;

FRANCO DA ROCHA. PREFEITURA. **História da cidade**. Disponível em: <http://www.francodarocha.sp.gov.br/franco/index/acidade/1>;

FRANCO DA ROCHA. PREFEITURA. **Unidades da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social**. Disponível em: <http://www.francodarocha.sp.gov.br/franco/servico/social>;

FRANCO DA ROCHA. PREFEITURA. **Unidades de Saúde**. Disponível em: <http://www.francodarocha.sp.gov.br/franco/servico/saude>;

FRANCO DA ROCHA. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Normativas e Serviços Assistenciais Municipais para popRua PA 13/2018**. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/Franco%20da%20Rocha.pdf>

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE), 2021 (Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, 2019). Disponível em: <https://municipios.seade.gov.br/>;

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995;

GOMES, Thaísa Borges; VECCHIA, Marcelo dalla. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, São João del Rei, v. 7, n. 23, p. 2327-2338, jul. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n7/2327-2338>.

HACK, Neiva Silvana; ROHWEDER, Ricardo. Direito à saúde mental da pessoa em situação de rua: levantamento da legislação de proteção. *Caderno Humanidades em Perspectivas*, Curitiba, v. 5, n. 10, p. 30-35, 2021;

HONORATO, Bruno Eduardo Freitas; OLIVEIRA, Ana Carolina S.. População em situação de rua e COVID-19. *Revista de Administração Pública*, [S.L.], v. 54, n. 4, p. 1064-1078, ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200268>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/6f3zjNgGvdyqV4Sxx3K74Gz/?format=pdf&lang=pt>;

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA: Panorama Franco da Rocha. São Paulo: IBGE, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/franco-da-rocha/panorama>;

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. N° 73: ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL DE SETEMBRO DE 2012 A MARÇO DE 2020. Brasília: Ipea, 2020. 20 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200612_nt_disoc_n_73.pdf;

LESSA DE OLIVEIRA, C. UM APANHADO TEÓRICO-CONCEITUAL SOBRE A PESQUISA QUALITATIVA: TIPOS, TÉCNICAS E CARACTERÍSTICAS. *Travessias*, Cascavel, v. 2, n. 3, 2010. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/view/3122>;

MACEDO, J. P.; SOUSA, A. P. DE; CARVALHO, A. V. DE. População em Situação de Rua: Trabalho em Equipe e Intersetorial. **Revista Psicologia e Saúde**, 26 fev. 2021;

MARTINS, Heloisa Helena T. de Souza. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/4jbGxKMDjKq79VqwQ6t6Ppp/?lang=pt&format=pdf>;

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO);

MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 12ed. São Paulo: Hucitec; 2010;

MIRANDA, Lilian; OLIVEIRA, Thaíssa Fernanda Kratochwill de; SANTOS, Catia Batista Tavares dos. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: paradoxos e efeitos da precariedade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 592-611, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001662013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/6BCZKQNNScJxHrDgTqDKwdK/?lang=pt>;

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA AUMENTOU DURANTE A PANDEMIA. Brasília: Fiocruz, 10 jun. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/populacao-em-situacao-de-rua-aumentou-durante-pandemia>;

SALGADO, R. R. S. P.; FUENTES-ROJAS, M. População em situação de rua e saúde mental: desafios na construção de um plano terapêutico singular. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 17, n. 2, p. 250–265, 2018. DOI: 10.20396/sss.v17i2.8652111. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8652111>;

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 327-345, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/N9DzbdSJMnc4W9B4JsBvFZJ/?format=pdf&lang=pt>;

SANTIANO, Henrique; MENEZES, Leilane. Adeus, Juquery: a nova vida dos últimos moradores do manicômio mais antigo do país. **Metrópoles**, São Paulo, jun. 2021. Disponível em: <https://www.metrosoles.com/brasil/adeus-juquery-a-nova-vida-dos-ultimos-moradores-do-manicomio-mais-antigo-do-pais>.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 16.544, de 06 de outubro de 2017. São Paulo, Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2017/lei-16544-06.10.2017.html>;

VENTURA, Magda Maria. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 20, p. 383-386, set. 2007. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a),

O (A) Sr (a). está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Planejamento de ações estratégicas de saúde baseadas em evidências científicas no município de Franco da Rocha” que tem como um dos objetivos identificar e compreender as estratégias intersetoriais e em rede, utilizadas pelo município para o cuidado em saúde mental de famílias e pessoas em situação de rua e vulnerabilidade psicossocial, durante a pandemia de Covid-19.

Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais e gestores da saúde e da assistência social do município de Franco da Rocha. A entrevista terá duração de aproximadamente 60 minutos e será realizada por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva e/ou pesquisadores(as) do Instituto de Saúde. Essa entrevista será gravada e posteriormente transcrita para análise.

Os riscos com essa entrevista são mínimos. Caso o (a) Sr (a) se sinta desconfortável em responder alguma pergunta, possui a liberdade de não responder ou interromper a entrevista a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para a pesquisa ou para seu trabalho.

Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. O (A) Sr (a). não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa os resultados serão divulgados para os participantes e para as instituições onde os dados foram coletados.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a). poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Fabiana Lucena, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8510) das 8 às 17h ou pelo e-mail fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), que é um comitê que visa garantir os direitos, a dignidade, a segurança e a proteção dos participantes de pesquisas. O CEPIS analisou e está acompanhando o desenvolvimento do projeto e pode ser consultado em caso de dúvidas ou perguntas em relação às questões éticas da pesquisa, pelo email cepis@isaude.sp.gov.br, ou pelo telefone (11) 3116-8606 ou pelo endereço Rua Santo Antônio, 590, 1o andar, Bela Vista, São Paulo, das 09:00 às 16:00h.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município.

Em virtude dessa entrevista estar sendo realizada de forma remota, por meio on-line, a autorização será gravada e o (a) senhor (a) receberá uma via do termo por e-mail assinada pela responsável pela pesquisa.

Você se considera esclarecido o suficiente e consente em participar dessa entrevista?

Nome do responsável pela entrevista

Assinatura do responsável pela entrevista

___/___/___

ANEXO B – QUESTIONÁRIO APOIOADORA RAPS

1 – RAPS - TRABALHO EM REDE E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL:

- Atualmente, como é composta a Rede de Atenção Psicossocial de Franco da Rocha? Quais serviços/pontos de atenção fazem parte? Quais e quantos profissionais compõem esta rede? O número ou formação de funcionários mudou devido à pandemia?
- Qual sua percepção sobre o trabalho em rede na saúde mental do município? A RAPS do município tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Atualmente estão ocorrendo reuniões da Rede de Atenção Psicossocial? Quais são os pontos fortes e fragilidades desse trabalho em rede desenvolvido pelos serviços? Mudou algo em relação ao trabalho em rede, após a pandemia?
- A RAPS de Franco da Rocha tem estabelecido articulação intersetorial com outras secretarias e instituições, para a atenção psicossocial e o cuidado integral em saúde mental? Com quais secretarias e instituições e em que situações? Há alguma articulação com os movimentos sociais? Qual sua avaliação sobre tais ações intersetoriais (pontos fortes e fracos)?
- Como os serviços e profissionais da RAPS costumam identificar e abordar as necessidades psicossociais de famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade social? Existem estratégias específicas para estes grupos sociais?
- Como os serviços e profissionais da RAPS costumam identificar e abordar as necessidades psicossociais de famílias e pessoas em situação de rua? Existem estratégias específicas para este grupo social?
- Você conhece o trabalho executado pelos serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) de Franco da Rocha? (CRAS, CREAS, Centro Pop, Casa de Passagem etc.)? Qual o trabalho que você conhece? Qual sua percepção a respeito?
- Existe alguma articulação ou trabalho conjunto com estes serviços? Em que situações acontece a articulação intersetorial entre os serviços da RAPS e as unidades do SUAS? (*situações de uso abusivo de drogas, violência doméstica, negligência, abusos ou situações de privações que causam sofrimento emocional*)? Explique. Quais serviços participam? Como você qualifica essa articulação? Quais dificuldades e potencialidades existem nessa articulação?
- Houve alguma mudança na articulação com o SUAS durante ou após a pandemia? Explique. Vocês têm mantido reuniões com o SUAS durante a pandemia? Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam? Como avalia essas ações conjuntas? Se não existem, quais são os obstáculos e dificuldades?
- Os profissionais da RAPS (da AB, especializada, e urgência emergência) realizam visitas domiciliares? Em que situações ou circunstâncias? Existe alguma articulação entre essas visitas e as visitas realizadas pelos profissionais do SUAS? Explique. Quais as principais dificuldades e potencialidades?

2 – RAPS, PANDEMIA E O CUIDADO ÀS PESSOAS COM VULNERABILIDADE SOCIAL:

- Como você avalia as ações e estratégias desenvolvidas para a organização da RAPS neste segundo ano de pandemia? O que deu certo? Quais ações se mantêm? Quais os desafios do momento atual? (Organização das equipes, atendimentos presenciais, atividades em grupo/individual, atendimentos telefônicos e online, uso de mídias sociais?)
- Houve alguma mudança no perfil das pessoas com sofrimento mental e demandas psicossociais? (faixa etária, sexo, raça, nível socioeconômico, escolaridade).
- Observou-se algum aumento da população em situação de vulnerabilidade social durante a pandemia? Explique.
- Existe alguma diretriz da gestão direcionada à população em situação de vulnerabilidade social? Quais estratégias e ações estão sendo utilizadas para rastreamento das necessidades psicossociais,

cuidado e acompanhamento desta população? Quais serviços e profissionais estão envolvidos? O trabalho é realizado de forma conjunta com a SUAS? Como isso acontece? Existem papéis e atribuições estabelecidos para cada ponto de atenção? Comente.

- Observou-se algum aumento da população em situação de rua durante a pandemia? Houve alguma mudança no perfil desse grupo? (faixa etária, sexo, raça, nível socioeconômico, escolaridade).
- Existe alguma diretriz da gestão direcionada à população em situação de rua? Quais estratégias e ações estão sendo utilizadas para rastreamento, cuidado e acompanhamento desta população? Quais serviços e profissionais estão envolvidos? O trabalho é realizado de forma conjunta com a SUAS? Como isso acontece? Existem papéis e atribuições estabelecidos para cada ponto de atenção? Comente
- Observou-se um aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas durante a pandemia? Em quais populações? E na população em situação de vulnerabilidade social e de rua? Existe alguma diretriz da gestão direcionada ao cuidado com uso abusivo de substâncias psicoativas nesses grupos sociais? Quais estratégias e ações estão sendo utilizadas para rastreamento, cuidado e acompanhamento desses casos? Quais serviços estão envolvidos? Existe articulação com a o SUAS? (CRAS, CREAS, Centro pop). Comente. Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Observou-se aumento de situações de violência (física, sexual, emocional)? Em quais populações? E na população em situação de vulnerabilidade social e de rua? Existe alguma diretriz da gestão direcionada a estas situações? Quais estratégias estão sendo utilizadas para rastreamento, cuidado e acompanhamento desses casos (e nessas populações)? Quais serviços estão envolvidos? Existe articulação com o SUAS? (CRAS, CREAS, Centro pop, Casa de Passagem). Comente. Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Observou-se um aumento de sofrimento psicossocial/emocional, de episódios de crise e tentativa de suicídio, em populações em situação de vulnerabilidade social e em situação de rua? Que estratégias foram adotadas para o manejo dessas situações? Existe articulação com o SUAS para o manejo dessas situações de sofrimento? (CRAS, CREAS, Centro pop, Casa de Passagem). Como avalia essas ações? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Quais ações estão sendo desenvolvidas para que a situação de vulnerabilidade social temporária, crescente na população, não progrida para uma vulnerabilidade permanente? Houve aumento de demanda em algum grupo específico? Quais? Existe articulação com o SUAS? (CRAS, CREAS, Centro pop, Casa de Passagem)? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações? Comente.
- Como está ocorrendo a articulação com os recursos da comunidade (igreja, lideranças comunitárias, grupos sociais específicos) durante a pandemia? Foram pensadas ações comunitárias? Quais ações foram desenvolvidas? Há espaços de diálogo com a população? São desenvolvidas ações comunitárias para pessoas e famílias em situação de rua e vulnerabilidade social?
- Existe alguma ação da RAPS/SUS para orientação à população em situação de vulnerabilidade social e de rua sobre o COVID 19? Existem ações para dar acesso a insumos de proteção individual a estes grupos em situação vulnerável? Quais? Existe alguma parceria com o SUAS para isso?
- Existe alguma estratégia da RAPS/SUS para o manejo de casos suspeitos ou confirmados de COVID 19, internações e óbitos (entre a população vulnerável ou população em situação de rua)? Existe alguma parceria com o SUAS para isso? Como avalia essas ações?
- Como o SUS tem abordado a situação de crianças /adolescentes/idosos/deficientes que foram prejudicados por óbitos e problemas de saúde em suas famílias, causados pela COVID-19? Que estratégias estão sendo adotadas para a proteção social desses desses grupos? Existe alguma parceria com o SUAS para isso? Como avalia essas ações?

ANEXO C – QUESTIONÁRIO GESTÃO SUAS

1 – SUAS DE FRANCO DA ROCHA:

- Como é composta o SUAS de Franco da Rocha? Quais serviços existem? (administração direta, parceiros/administração indireta)? Quais/quantos profissionais compõem esta rede? O número ou formação de funcionários mudou devido à pandemia?
- Como funciona o CRAS? Objetivos, programas ofertados, características, profissionais e população atendida (faixa etária, sexo, raça, nível socioeconômico, escolaridade, população em situação de rua)? Mudou algo durante a pandemia?
- Como funciona o CREAS? Objetivos, programas ofertados e características, profissionais e população atendida (faixa etária, sexo, raça, nível socioeconômico, escolaridade, população em situação de rua)? Mudou algo durante a pandemia?
- Como funciona o Centro Pop? Objetivos, programas ofertados e características, profissionais e população atendida (faixa etária, sexo, raça, nível socioeconômico, escolaridade, população em situação de rua)? Mudou algo durante a pandemia?
- Em geral, quais são as principais demandas e necessidades trazidas pela população para os serviços do SUAS? (CRAS, CREAS, Centro Pop)?
- Quais serviços do SUAS são mais demandados pela população do município?
- Como é realizado o mapeamento da população atendida? Vocês preenchem dados para a vigilância socioassistencial? Como é feita a coleta e monitoramento dos dados sobre a população atendida? Como esses dados são utilizados para o planejamento de estratégias e ações nos serviços? Essa plataforma de dados é aberta e acessível como SINAN, SIAB etc? Como acessá-la?
- Qual sua percepção sobre o trabalho em rede entre os serviços do SUAS? Quais são os pontos fortes e fragilidades desse trabalho em rede desenvolvido pelos serviços? Mudou algo em relação ao trabalho em rede, após a pandemia?
- Os serviços do SUAS costumam realizar reuniões para planejamento e ações conjuntas? Com qual frequência? Qual o impacto dessas reuniões na organização do serviço? Vocês têm mantido reuniões do SUAS durante a pandemia?
- Vocês realizam alguma ação com a comunidade do território? Se sim? De que tipo? Qual o papel da comunidade nessas ações? Como está ocorrendo a articulação com os recursos da comunidade (igreja, lideranças comunitárias, grupos sociais específicos) durante a pandemia?
- Os serviços do SUAS realizam articulações intersetoriais? Com que instituições e secretarias? Há alguma articulação com os movimentos sociais? Se sim, como ocorre?
- O SUAS realiza visita domiciliar? Em que situações? Quais equipes/ profissionais fazem isso? Como são estruturadas e que ações são desenvolvidas nessas visitas? Existe alguma articulação dessas visitas domiciliares com as visitas realizadas pelas UBS/NASF e RAPS? Quais as principais dificuldades e potencialidades?
- Vocês conhecem o trabalho executado pelos serviços da RAPS de Franco da Rocha? (unidades básicas, CAPS adulto, CAPS II, CAPS ad, UPA, comitê de Violência, CECO)? Qual sua percepção a respeito?
- Existe alguma articulação ou trabalho conjunto com estes serviços da RAPS? Em que situações acontece a articulação intersetorial entre os serviços do SUAS e as unidades da RAPS? (*situações de uso abusivo de drogas, violência doméstica, negligência, abusos ou situações de privações que causam sofrimento emocional*)? Explique. Quais serviços participam? Como você qualifica essa articulação? Quais dificuldades/obstáculos e potencialidades existem nessa articulação? O momento da pandemia teve alguma influência na relação entre os serviços?
- Como têm sido desenvolvidas estratégias de abordagem para o sofrimento mental/psicossocial ocasionado pelas situações de vulnerabilidade social? Quais as demandas mais comuns de sofrimento emocional/mental nos grupos atendidos por vocês? Como vocês abordam estes problemas? Quais são os serviços envolvidos nessas ações? Como é feito o acompanhamento?

2 - MUNICÍPIO E PANDEMIA

- Houve algum plano de ação da secretaria municipal de assistência social para o combate à pandemia?
- Quais foram as principais ações para organização da rede de assistência social durante a pandemia? Que orientações ou diretrizes foram dadas aos serviços? Como ocorreu essa organização? O que deu certo? Principais dificuldades?
- O município recebeu diretrizes ou ajuda nacional/ estadual ou outras, para o enfrentamento da pandemia? De que tipo? Utilizaram algum documento de diretrizes/orientação? Quais e como utilizaram esse material?
- Observou-se algum aumento da população em situação de vulnerabilidade social durante a pandemia? Houve alguma mudança no perfil desse grupo? (faixa etária, sexo, raça, nível socioeconômico, escolaridade).
- Observou-se algum aumento da população em situação de rua durante a pandemia? Houve alguma mudança no perfil desse grupo? (faixa etária, sexo, raça, nível socioeconômico, escolaridade).
- Existe alguma diretriz da gestão direcionada à população em situação de rua? Quais estratégias e ações estão sendo utilizadas para rastreamento, cuidado e acompanhamento desta população? Quais serviços e profissionais estão envolvidos? O trabalho é realizado de forma conjunta com a RAPS? Existem papéis e atribuições estabelecidos para cada ponto de atenção?
- O SUAS produziu algum material de orientação para os profissionais da rede ou para a população, sobre a situação de pandemia? Quais e como utilizaram esse material?
- Qual a estratégia dos serviços do SUAS para rastreamento, identificação (Busca Ativa) e acolhimento das demandas e necessidades psicossociais e de sofrimento mental de pessoas e famílias em vulnerabilidade social? E da população em situação de rua? Mudou durante a pandemia?
- Quais estratégias e ações vocês utilizam para o cuidado e acompanhamento das necessidades psicossociais/ e de sofrimento mental da população em situação de vulnerabilidade social existente nos territórios? E da população em situação de rua? Quais serviços e profissionais estão envolvidos? O trabalho é realizado de forma conjunta com a RAPS? Existem papéis e atribuições estabelecidos para cada ponto de atenção?
- Observou-se um aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas durante a pandemia? Em quais populações? E na população em situação de vulnerabilidade social e de rua? Existe alguma diretriz da gestão direcionada a esta população? Quais estratégias e ações estão sendo utilizadas para rastreamento, cuidado e acompanhamento desses casos? Quais serviços estão envolvidos? Existe uma linha de cuidado em conjunto com a RAPS para o manejo desses casos? (UBS, Caps, Comitê de Violência). Qual o papel de cada ponto de atenção?
- Observou-se aumento de situações de violência (física, sexual, emocional)? Em quais populações? E na população em situação de vulnerabilidade social e de rua? Existe alguma diretriz da gestão direcionada a estas situações? Quais estratégias estão sendo utilizadas para rastreamento, cuidado e acompanhamento desses casos? Quais serviços estão envolvidos? Existe uma linha de cuidado em conjunto com a RAPS para o manejo desses casos? (UBS, Caps, Comitê de Violência). Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Observou-se um aumento de sofrimento psicossocial/emocional, episódios de crise e tentativa de suicídio, em populações em situação de vulnerabilidade social e de rua? Que estratégias foram adotadas para o manejo dessas situações? Existe uma linha de cuidado em conjunto com a RAPS? (UBS, Caps, Comitê de Violência). Como avalia essas ações? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Quais ações estão sendo desenvolvidas para que a situação de vulnerabilidade temporária, crescente na população, não progrida para uma vulnerabilidade permanente? Houve aumento de demanda em algum grupo específico? Quais? Existe uma linha de cuidado conjunta com a RAPS? (UBS, Caps,

Núcleo de Violência)? Como avalia essas ações? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?

- Existe alguma ação do SUAS para orientação à população sobre o COVID-19? Tem parceria com o SUS? Existe alguma ação para dar acesso a insumos de proteção individual a estes grupos em situação vulnerável? E aos profissionais do SUAS?
- Existe alguma ação do SUAS para o isolamento dos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 (entre a população vulnerável ou população em situação de rua)? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf?
- Como o SUAS tem lidado com as internações por COVID 19 das populações em situação de vulnerabilidade social e da população em situação de rua? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf?
- Como o SUAS tem lidado com os óbitos por COVID 19 das populações em situação de vulnerabilidade social e da população em situação de rua? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf? Como avalia essas ações?
- Como o SUAS têm abordado a situação de crianças /adolescentes/idosos/deficientes que foram prejudicados por óbitos e problemas de saúde em suas famílias, causados pela COVID-19? Que estratégias estão sendo adotadas para a proteção social desses grupos? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf?

ANEXO D – QUESTIONÁRIO UBS

1 – FUNCIONAMENTO DA REDE E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:

- Quais/quantos profissionais compõem atualmente o serviço que você atua?
- Quais grupos populacionais são atualmente atendidos neste serviço? (faixa etária, sexo, raça, nível socioeconômico, escolaridade, população em situação de rua).
- Você percebeu alguma mudança no perfil dos usuários que buscam o serviço nesse período de pandemia? Se sim, quais? Houve aumento da procura por pessoas e famílias em situação de rua?
- Quais são as principais demandas e necessidades de saúde mental trazidas pelos usuários para a UBS? Houve alteração em relação ao ano passado? (aumento de demandas de insônia, síndrome do pânico, distúrbios alimentares, ansiedade) Comente.
- Como a UBS atualmente identifica as necessidades e demandas psicossociais e de sofrimento mental? Quais as principais estratégias? (visitas? consultas? encaminhamentos? troca de receitas? sala de espera? grupos? demanda espontânea?) Quais profissionais estão envolvidos nisso?
- Como é feito o acolhimento destas demandas e necessidades?
- Quantos usuários/famílias são acompanhados hoje pelo serviço? Quantos usuários/famílias em demanda de saúde mental?
- Existe alguma articulação com outros serviços para identificação das demandas psicossociais? (SUAS, Raps, UPA, CAISM) para essa identificação? Comente.
- Quais são as ações e abordagens de cuidado em saúde mental oferecidas hoje pela UBS para as situações de sofrimento mental e psicossocial? Quais profissionais participam? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Durante a pandemia, como se deu a continuidade do cuidado e o monitoramento de situações de sofrimento mental?
- Como o serviço está funcionando atualmente em relação ao atendimento das demandas psicossociais e de saúde mental? Como estão funcionando os atendimentos presenciais, oficinas e atividades em grupo? Existe ainda alguma atividade remota (teleatendimento, monitoramento por telefone)? Foram desenvolvidas outras estratégias? Comente.
- Qual é a linha/fluxo de cuidado estabelecida quando o usuário chega na UBS com alguma demanda psicossocial ou de sofrimento mental?
- Qual é o critério para encaminhamento para algum outro ponto de atenção da RAPS (CAPS ad, adulto e ij, UPA, CAISM, núcleo de Violência)? Como você avalia os encaminhamentos realizados pela UBS para outros serviços?
- Qual sua percepção sobre o trabalho em rede na saúde mental do município? Os serviços da RAPS (UBS, NASF, CAPS etc.), tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Quais são os pontos fortes e fragilidades desse trabalho em rede? Vocês realizam reuniões na RAPS? Qual o impacto dessas reuniões na organização do serviço?
- Neste segundo ano de pandemia, o serviço recebeu alguma diretriz/orientação da Secretaria Municipal de Saúde? Comente.
- Como você avalia as ações e estratégias desenvolvidas para a organização do UBS nesse segundo ano da pandemia? O que deu certo? Quais os desafios do atual contexto?

2 - A UBS, PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL E A REDE SUAS:

- A UBS costuma identificar e abordar as necessidades psicossociais de famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade? Como essas pessoas acessam o serviço? Existem estratégias de cuidado específicas para este grupo? Como o serviço rastreia, identifica (busca ativa) e acolhe essas demandas?

- Existe alguma articulação com os serviços da rede SUAS para o cuidado psicossocial da população em situação de vulnerabilidade social? O trabalho é realizado de forma conjunta? (Explique). Existem papéis e atribuições estabelecidos para cada ponto de atenção? (CRAS, CREAS) Em quais situações (situações de uso abusivo de drogas, violência doméstica, negligência, abusos) Comente.
- A UBS costuma identificar e abordar as necessidades psicossociais de famílias e pessoas em situação de rua? Como essas pessoas acessam o serviço? Existem estratégias de cuidado específicas para este grupo? Como o serviço rastreia, identifica (busca ativa) e acolhe essas demandas?
- Existe alguma articulação com os serviços da rede SUAS para o cuidado psicossocial da população em situação de rua? O trabalho é realizado de forma conjunta? (Explique). Existem papéis e atribuições estabelecidos para cada ponto de atenção? (Centro POP, Casa de Passagem). Em quais situações (situações de uso abusivo de drogas, violência doméstica, negligência, abusos).
- A UBS possui articulação com outras instituições/secretarias? Em que situações? Como ocorrem? Há alguma articulação com os movimentos sociais? Se sim, como ocorre?
- Qual a sua percepção sobre os serviços da rede SUAS? Você conhece o trabalho executado pelos serviços da Rede de Assistência Social (SUAS) de Franco da Rocha? (CRAS, CREAS, Centro Pop, Casa de Passagem etc.)? Qual o trabalho que você conhece?
- Vocês mantêm reuniões com a rede SUAS? Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam? Qual o impacto dessas reuniões na organização do serviço?
- As visitas domiciliares estão acontecendo normalmente? Quais serviços/equipes/ profissionais fazem isso? Como são estruturadas e que ações são desenvolvidas nessas visitas? Existe alguma articulação dessas visitas domiciliares com as visitas realizadas pela RAPS e SUAS? Quais as principais dificuldades e potencialidades? Comente.
- Neste segundo ano de pandemia, houve articulação com os recursos da comunidade (igreja, lideranças comunitárias, grupos sociais específicos) Foram pensadas ações comunitárias? Se sim, quais ações foram desenvolvidas? Há espaços de diálogo com a população? São desenvolvidas ações específicas para pessoas e famílias em situação de rua e vulnerabilidade social?
- Neste segundo ano de pandemia, houve alguma ação no serviço para orientação à população sobre o COVID 19? Tem parceria com o SUAS para isso? Existe alguma ação para dar acesso a insumos de proteção individual a estes grupos em situação de vulnerabilidade social e situação de rua?
- Como o serviço tem lidado com o acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados, internações e óbitos por COVID 19 das populações em situação de vulnerabilidade social e da população em situação de rua?
- Como a UBS tem abordado a situação de usuários que foram prejudicados por óbitos e problemas de saúde em suas famílias, causados pela COVID-19? Que estratégias estão sendo adotadas para a proteção social desses grupos? Existe alguma parceria com a rede SUAS para isso?

ANEXO E – QUESTIONÁRIO CRAS

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:

- Quais/quantos profissionais compõem a equipe do CRAS?
- Quais grupos populacionais são normalmente atendidos neste serviço? (faixa etária, sexo, raça, nível socioeconômico, escolaridade, população em situação de rua).
- Como os casos chegam até o serviço? Quais são as principais demandas e necessidades trazidas por estes grupos populacionais?
- Quais são os principais programas socioassistenciais e benefícios oferecidos pelo serviço (PAIF, SCFV, Proteção Domicílio para pessoas com deficiência e idosas)? Que ações são realizadas nesses programas? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Qual tem sido a estratégia do serviço para rastreamento, identificação (busca ativa) e acolhimento das demandas e necessidades (sociais/financeiras, emocionais e informativas) de pessoas e famílias em vulnerabilidade social nos territórios? Quais instrumentos utilizam para essas ações? Quais profissionais estão envolvidos?
- E para pessoas e famílias em situação de rua ou abrigados, qual a estratégia do serviço para a identificação e acolhimento às demandas e necessidades (sociais, financeiras, emocionais e informativas) bem como de situações de violência e violação de direitos? Quais instrumentos utilizam para essas ações? Quais profissionais estão envolvidos?
- Quantos casos/famílias/indivíduos são acompanhados pelo serviço?
- Como é realizado o mapeamento da população atendida? Vocês preenchem dados para a vigilância socioassistencial? Como é feita a coleta e monitoramento dos dados sobre a população atendida? Como esses dados são utilizados para o planejamento de estratégias?
- Vocês realizam alguma ação com a comunidade do território? Se sim, de que tipo? Há espaços de diálogo com a população? Qual o papel da comunidade nessas ações?
- Que articulações e parcerias intersetoriais o CRAS tem com outras instituições/serviços/secretarias? Há alguma articulação com os movimentos sociais (Pop de rua, negro, Pop Lgbtqi+)? Se sim, como ocorre?
- Como têm sido desenvolvidas estratégias de cuidado para o sofrimento mental/psicossocial ocasionado pelas situações de vulnerabilidade social? Quais as demandas psicossociais mais comuns? Quais são os serviços envolvidos nessas ações, existe articulação com a RAPS? Como é feito o acompanhamento? De que forma o usuário participa dessas ações?
- Qual a sua percepção sobre o trabalho em rede executado pelos serviços do SUAS de Franco da Rocha? (Creas, Centro Pop, Casa de Passagem)? Os serviços da SUAS, tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Quais são os pontos fortes e fragilidades desse trabalho em rede?

2 - O SUAS E A PANDEMIA

- No início da pandemia, houve algum plano de ação da secretaria municipal de assistência social (comitê de crise) ou articulação regional para isso? Explique (funcionamento, composição, objetivos).
- Quais foram as principais ações para organização da rede de assistência social durante a pandemia? Que orientações ou diretrizes foram dadas aos serviços? (Instrumentos para teletrabalho, aumento de linhas telefônicas e internet, reorganização das equipes...) Como ocorreu essa organização? O que deu certo? Principais dificuldades?
- Os serviços receberam/produziram algum material/documento municipal/estadual/federal? Quais e como utilizaram esse material?

3 - CRAS E A PANDEMIA

- Quais foram as principais ações para reorganização ou reestruturação do serviço durante a pandemia? Houve priorização de situações e grupos? Como os casos têm chegado ao serviço? Houve alguma parceria com os serviços da Raps, Ubs/Nasf;
- Houve mudança no fluxo de atendimento e forma de organização do cuidado dentro do serviço? (telefone, whatsapp, vídeo, materiais, visitas etc.). Quais estratégias de atendimento/acompanhamento foram adotadas neste período?
- Você percebeu alguma mudança no perfil dos usuários que buscam o serviço durante a pandemia? Se sim, quais?
- Houve aumento de requerimento para algum benefício específico? (Auxílio emergencial, benefícios eventuais, alimento solidário etc). Quais são os benefícios mais oferecidos pelo serviço durante a pandemia?
- Observou-se algum aumento da população em situação de rua e em situação de vulnerabilidade social durante a pandemia? Quais são as principais estratégias e ações desenvolvidas junto às pessoas e famílias em situação de rua/abrigadas? Como avalia essas ações?
- Quais são as principais ações socioassistenciais e benefícios que o CRAS tem desenvolvido durante a pandemia, junto às pessoas e famílias que estão em situação de vulnerabilidade social e em situação de rua? Como tais ações e benefícios têm sido oferecidos? Tiveram dificuldades para isso? Quais?
- Desde o início da pandemia, existiu uma estratégia para rastreamento, identificação (busca ativa) e acolhimento de novas demandas e necessidades (sociais/financeiras, emocionais e informativas) de pessoas e famílias em vulnerabilidade social e em situação de rua nos territórios? Se sim, quais estratégias de atendimento/ acolhimento/ acompanhamento foram adotadas neste período?
- Quais ações estão sendo desenvolvidas para que a situação de vulnerabilidade temporária, crescente na população, não progrida para uma vulnerabilidade permanente? Houve aumento de demanda em algum grupo específico?
- Quais foram as principais demandas, necessidades e situações de vulnerabilidade psicossocial observadas pelo serviço durante a pandemia? Houve mudanças/ aumento nas demandas recebidas nesse período? Quais fluxos/linhas de cuidado para cada situação?
 - Perdas materiais, desemprego, perdas de moradia;
 - Aumento do uso de álcool e outras drogas;
 - Situações de violência doméstica (mulher, criança, idosos);
 - Situações de abandono, negligência, desamparo
 - Aumento de doenças incapacitantes e crônicas;
 - Situações de Lutos/morte;
 - Outras Situações de sofrimento mental - Quais as principais demandas de natureza psicossocial têm sido identificadas neste período?
- Qual a sua percepção sobre o trabalho executado pelos serviços da RAPS de Franco da Rocha? (unidades básicas, CAPS adulto, CAPS ij, CAPS ad, UPA, comitê de Violência, CECO)? Que tipo de articulação o CRAS tem com estes serviços para o cuidado dessas situações? Quais dificuldades e potencialidades? O momento da pandemia teve alguma influência nessa articulação?
- Existe alguma articulação com os serviços da RAPS para o cuidado psicossocial da população em situação de rua e em de vulnerabilidade social? O trabalho é realizado de forma conjunta? (Explique). Existem papéis e atribuições estabelecidos para cada ponto de atenção? Quais principais dificuldades e potencialidades?
- Vocês têm tido reuniões do SUAS no período da pandemia? Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam? Qual o impacto dessas reuniões na organização do serviço?
- Vocês realizam ações com outros serviços da rede SUAS (CREAS, Centro Pop, Casa de Passagem) no período da pandemia? Se sim, que ações? Em que momentos existe esta articulação e trabalho conjunto?

- Estão sendo realizadas visitas domiciliares nesse contexto de pandemia? Em que situações? Quais equipes/ profissionais fazem isso? Como são estruturadas essas visitas? Existe alguma articulação dessas visitas domiciliares com as visitas realizadas pelas UBS/NASF e RAPS? Quais as principais dificuldades e potencialidades?
- Estão sendo desenvolvidas ações para o fortalecimento de vínculos e formação de redes comunitárias com as pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade social nesse contexto de pandemia? Se sim, de que maneira ocorre? São utilizados os recursos da comunidade (igreja, lideranças comunitárias, grupos sociais específicos) para essas ações? De que forma o usuário participa? Como avalia essas ações?
- Existe alguma ação no serviço para orientação à população sobre o COVID 19? Tem parceria com o Raps, UBS/Nasf para isso? Existe alguma ação para dar acesso a insumos de proteção individual a estes grupos em situação vulnerável? E aos profissionais da rede SUAS?
- Como o serviço tem lidado com a necessidade de isolamento dos casos suspeitos ou confirmados de COVID 19 (entre a população vulnerável ou população em situação de rua)? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf para isso?
- Como o serviço tem lidado com as internações por COVID 19 das populações em situação de vulnerabilidade social e da população em situação de rua? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf para isso?
- Como o serviço tem lidado com os óbitos por COVID 19 das populações em situação de vulnerabilidade social e da população em situação de rua? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf para isso?
- Como o CRAS tem abordado a situação de crianças /adolescentes/idosos/deficientes que foram prejudicados por óbitos e problemas de saúde em suas famílias, causados pela COVID-19? Que estratégias estão sendo adotadas para a proteção social desses grupos? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf para isso?
- Como você avalia o trabalho que o CRAS tem desempenhado durante a pandemia? Quais os pontos fortes e fragilidades?

ANEXO F – QUESTIONÁRIO CENTRO POP

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:

- Quais/Quantos profissionais compõem a equipe do Centro Pop?
- Qual é o perfil da população atendida (faixa etária, sexo, raça, nível socioeconômico, escolaridade/crianças, adolescentes, idosos, homens, mulheres, famílias)?
- Como os casos chegam até o serviço? Quais são as principais demandas e necessidades trazidas pela população em situação de rua?
- Quais são as principais ações socioassistenciais e benefícios que o Centro Pop oferece para a população do território? (Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, Serviço Especializado em Abordagem Social, entre outras). Que ações são realizadas nesses programas? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Qual tem sido a estratégia do serviço para rastreamento, identificação (Busca Ativa) e acolhimento das necessidades (sociais, financeiras, emocionais e informativas) e das situações de violência, abuso e violação de direitos de pessoas e famílias em Situação de Rua nos territórios? Quais profissionais estão envolvidos?
- Vocês costumam realizar ações na própria rua ou nos locais onde a população em situação de rua costuma habitar? Em que situações? Quais profissionais fazem isso?
- Quantos casos/famílias/indivíduos são acompanhados pelo serviço?
- Como é realizado o mapeamento da população em situação de rua do município? Vocês preenchem dados para a vigilância socioassistencial? Como é feita a coleta e monitoramento dos dados sobre a população atendida? Como esses dados são utilizados para o planejamento de estratégias?
- Vocês realizam alguma ação com a comunidade do território? Se sim, de que tipo? Há espaços de diálogo com a população? Qual o papel da comunidade nessas ações?
- Que articulações e parcerias intersetoriais o Centro Pop tem com outras instituições/serviços/secretarias? Há alguma articulação com os movimentos sociais/ONGs? Se sim, como ocorre?
- Como vocês lidam com as demandas de saúde desta população? Existe alguma articulação com o SUS (Atenção Básica, Atenção Especializada e Urgência Emergência)? Como ocorre essa articulação?
- Como têm sido desenvolvidas estratégias de cuidado para o sofrimento mental/psicossocial vivido pela população em situação de rua? Quais as demandas de saúde mental mais comuns? Quais são os serviços envolvidos nessas ações? Como é feito o acompanhamento? De que forma o usuário participa dessas ações? Qual a sua percepção sobre o trabalho em rede executado pelos serviços do SUAS de Franco da Rocha? (Cras, Centro Pop, Casa de Passagem)? Os serviços da SUAS, tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Quais são os pontos fortes e fragilidades desse trabalho em rede?

2 – O SUAS E A PANDEMIA

- No início da pandemia, houve algum plano de ação da secretaria municipal de assistência social (comitê de crise) ou articulação regional para isso?
- Os serviços receberam/produziram algum material/documento municipal/estadual/federal? Quais e como utilizaram esse material?

3 – CENTRO POP E PANDEMIA:

- Quais foram as principais ações para reorganização ou reestruturação do serviço durante a pandemia? O que precisou ser alterado? Houve priorização de situações e grupos para organização do cuidado? Como os casos têm chegado ao serviço? Houve alguma parceria com os serviços da Raps, Ubs/Nasf para isso?

- Você percebeu uma mudança de perfil da população de rua atendida durante a pandemia? Se sim, quais?
- Observou-se algum aumento da população em situação de rua e vulnerabilidade social durante a pandemia? Quais são as principais estratégias e ações desenvolvidas junto às pessoas e famílias em situação de rua/abrigadas? Como avalia essas ações?
- Quais são as principais ações socioassistenciais e benefícios que o Centro Pop tem desenvolvido durante a pandemia? (Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, Serviço Especializado em Abordagem Social, entre outras). Como tais ações e benefícios têm sido oferecidos? Tiveram dificuldades para isso? Quais?
- Desde o início da pandemia, existiram estratégias para rastreamento, identificação (Busca Ativa) e acolhimento das necessidades (sociais, financeiras, emocionais e informativas), e das situações de violência, abuso, e violação de direitos de pessoas e famílias em situação de rua nos territórios? Se sim, quais estratégias de atendimento/ acolhimento/acompanhamento foram adotadas neste período?
- Durante a pandemia, como vocês lidaram com as demandas de saúde desta população? Existe alguma articulação com o SUS? Como ocorreu esta articulação? A pandemia influenciou nesta articulação?
- Quais foram as principais demandas, necessidades e situações de vulnerabilidade psicossocial e de saúde mental observadas pelo serviço durante a pandemia?
- Como têm sido desenvolvido o cuidado com o sofrimento mental/psicossocial vivido pela população em situação de rua neste período de pandemia? Quais são os serviços envolvidos nessas ações? Como é feito o acompanhamento? (linha de cuidado). De que forma o usuário participa dessas ações?
- Qual a sua percepção sobre o trabalho executado pelos serviços da RAPS de Franco da Rocha? Que tipo de articulação o Centro Pop tem com estes serviços para o cuidado dessas situações? Quais dificuldades e potencialidades? O momento da pandemia teve alguma influência nessa articulação?
- Vocês têm tido reuniões e ações em conjunto com outros serviços da rede SUAS no período da pandemia? Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam? Qual o impacto dessas reuniões e ações na organização do serviço?
- Estão sendo realizadas visitas domiciliares nesse contexto de pandemia? Em que situações? Quais equipes/ profissionais fazem isso? Como são estruturadas essas visitas? Existe alguma articulação dessas visitas domiciliares com as visitas realizadas pelas UBS/NASF e RAPS? Quais as principais dificuldades e potencialidades?
- Estão sendo desenvolvidas ações para o fortalecimento de vínculos, reinserção familiar e social/comunitária com pessoas e famílias em situação de rua, neste contexto de pandemia? São utilizados os recursos da comunidade (igreja, lideranças comunitárias, grupos sociais específicos) para essas ações? De que forma o usuário participa? Como avalia essas ações?
- Durante a pandemia vocês estão realizando ações na própria rua ou nos locais onde a população em situação de rua costuma habitar? Que ações? Quais equipes/ profissionais fazem isso? Como avalia essas ações?
- Existe alguma ação no serviço para orientação à população em situação de rua sobre o COVID-19? Tem parceria com a Raps, UBS/Nasf para isso? Existe alguma ação para dar acesso a insumos de proteção individual a estes grupos em situação vulnerável? E aos profissionais da rede SUAS?
- Como o serviço tem lidado com o acompanhamento dos casos suspeitos e confirmados, internações e óbitos de COVID 19 das populações em situação de vulnerabilidade social e da população em situação de rua? Existe alguma parceria com a Raps, para isso?
- Como você avalia o trabalho que o Centro POP tem desempenhado durante a pandemia? Quais os pontos fortes e fragilidades?

ANEXO G – QUESTIONÁRIO CAPSAD

FUNCIONAMENTO DA REDE E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

- Quais/quantos profissionais compõem atualmente o serviço que você atua?
- Como normalmente os usuários chegam até o serviço? Como o CAPS ad identifica as demandas associadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas no território? Você comentou ano passado que a procura não foi tão alta, este ano você percebeu um aumento?
- Quais grupos populacionais são normalmente atendidos neste serviço? (faixa etária, sexo, raça, nível socioeconômico, escolaridade, população em situação de rua)?
- Você percebeu alguma mudança no perfil dos usuários que buscam o serviço durante a pandemia? Se sim, quais? Houve aumento da procura por pessoas e famílias em situação de rua?
- Quais são as principais demandas e necessidades atendidas no CAPS atualmente? Existem demandas para além das situações de uso abusivo de substâncias? (situações de violência, sofrimento mental, perdas materiais, desemprego, perdas de moradia, falta de recursos, fome)? As demandas chegam mais por encaminhamento ou são espontâneas? Foi relatado que houve um aumento na demanda de porta aberta/demanda espontânea. Esse aumento se mantém?
- Como normalmente os usuários chegam até o serviço? Como o CAPS ad identifica as demandas associadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas no território? Você comentou ano passado que a procura não foi tão alta, este ano você percebeu um aumento? Comente.
- Como é feito o acolhimento destas demandas e necessidades?
- Quantos usuários são acompanhados atualmente pelo serviço?
- Quais são as ações e abordagens de cuidado oferecidas atualmente pelo CAPS ad? Existe diálogo com os frequentadores para pactuar essas ações?
- Como o serviço está funcionando atualmente? Como estão funcionando os atendimentos presenciais, oficinas e atividades em grupo? Existe ainda alguma atividade remota (teleatendimento, monitoramento por telefone)? Oferece atendimento individual, em que situações? Foram desenvolvidas outras estratégias?
- Qual é o fluxo de cuidado dentro do serviço? Quando um usuário novo chega, qual é o caminho de atendimento? Mudou alguma coisa depois da pandemia?
- Qual é o critério para encaminhamento para algum outro ponto de atenção da RAPS (CAPS adulto e ij, UPA, CAISM, núcleo de Violência, CAISM Atenção Básica)? Tem sido resolutivas as situações de encaminhamento? Como vocês acompanham ou monitoram o resultado do encaminhamento?
- Você considera que há uma sobrecarga de encaminhamento dos serviços para o Caps ad? Se sim, que razões atribui a isso? De que forma o número de encaminhamentos poderia ser reduzido?
- Quais ações de redução de danos são ofertadas? Existe diálogo com os frequentadores para pactuar essas ações?
- O serviço tem alguma ação de capacitação em saúde mental/álcool e outras drogas para outros dispositivos das redes SUS e SUAS?
- Ano passado você comentou sobre uma capacitação voltada para a população LGBTQIA +, como foi essa experiência? Houve outras capacitações?
- Durante a pandemia, como se deu a continuidade do cuidado e o monitoramento de situações de uso abusivo de álcool e outras drogas?
- Você percebeu um aumento de abuso de substâncias nesse segundo ano de pandemia? Em alguma população específica? (sexo, raça/cor, faixa etária).
- Vocês realizam reunião de equipe para discussão de caso? Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam?
- Que tipo de articulação o CAPS ad tem com os outros serviços da RAPS? Quando e como acontecem essas articulações? Vocês realizam reuniões na RAPS?

- Qual sua percepção sobre o trabalho em rede na saúde mental do município? Os serviços da RAPS, incluindo a AB, tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Quais são os pontos fortes e fragilidades desse trabalho em rede?
- Neste segundo ano de pandemia, houve alguma diretriz/orientação para a organização do serviço?
- Como você avalia as ações e estratégias desenvolvidas para a organização do CAPS Ad nesse segundo ano da pandemia? O que deu certo? Quais os desafios do atual contexto?

2 - O CAPS, PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL E O SUAS:

- Qual tem sido a estratégia do CAPS ad para rastreamento, identificação (busca ativa) e acolhimento das demandas e necessidades de pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade social nos territórios? E para pessoas e famílias em situação de rua? Como essas pessoas acessam o serviço? Houve priorização de situações e grupos? Se sim, quais?
- Quais as principais demandas psicossociais/saúde mental dessa população em situação de maior vulnerabilidade social? Existem estratégias de cuidado específicas para estas pessoas mais vulneráveis? Quais profissionais e serviços estão envolvidos? Qual o papel e atribuição de cada serviço nesse cuidado?
- Existe alguma linha de cuidado específica para população em situação de rua e pessoas em situação de vulnerabilidade social? Quais profissionais e serviços estão envolvidos? Qual o papel e atribuição de cada serviço nesse cuidado? Existe um trabalho conjunto com os serviços do SUAS (CRAS, CREAS, Centro Pop). Em quais situações. Na sua opinião, quais são as dificuldades e potencialidades?
- Você considera que há uma sobrecarga de encaminhamento dos serviços para o Caps ad? Se sim, que razões atribui a isso? De que forma o número de encaminhamentos poderia ser reduzido?
- O CAPS ad possui articulação com outras instituições/secretarias? Em que situações? Como ocorrem? Há alguma articulação com os movimentos sociais? Se sim, como ocorre?
- Qual a sua percepção sobre os serviços do SUAS? Você conhece o trabalho executado pelos serviços da Rede de Assistência Social (SUAS) de Franco da Rocha? (CRAS, CREAS, Centro Pop, Casa de Passagem etc.)? Qual trabalho você conhece?
- Vocês têm reuniões com o SUAS? Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam? O que discutem nessas reuniões? Qual o impacto dessas reuniões na organização do serviço?
- Estão sendo realizadas visitas domiciliares? Em que situações? Quais equipes/ profissionais fazem isso? Como são estruturadas e que ações são desenvolvidas nessas visitas? Existe alguma articulação entre essas visitas com as visitas realizadas pelas UBS/NASF e SUAS? Quais as principais dificuldades e potencialidades?
- Como está ocorrendo a articulação com os recursos da comunidade (igreja, lideranças comunitárias, grupos sociais específicos) durante a pandemia? Foram pensadas ações comunitárias? Se sim, quais ações foram desenvolvidas? Há espaços de diálogo com a população? São desenvolvidas ações específicas para pessoas e famílias em situação de rua e vulnerabilidade social?
- Vocês estão realizando ações na própria rua ou nos locais onde a população em situação de rua costuma habitar? Que ações? Quais equipes/ profissionais fazem isso? Como avalia essas ações?
- Existe alguma ação no serviço para orientação e distribuição de insumos de proteção individual à população em situação de vulnerabilidade sobre o COVID 19? Tem parceria com o SUAS para isso?
- Como o serviço tem lidado com os casos suspeitos, internações e óbitos por COVID-19 dos frequentadores? Qual tem sido a estratégia para o manejo destas situações?
- Como o CAPS têm abordado a situação de usuários que foram prejudicados por óbitos e problemas de saúde em suas famílias, causados pela COVID-19? Que estratégias estão sendo adotadas para a proteção social desses grupos?