Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 7, Supl. 1 (2021).

O território COnVIDa a reexistir: ensaios e narrativas sobre respostas à pandemia nos pontos de atenção nos territórios onde a vida acontece

DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3304g609

RELATO DE EXPERIÊNCIA

(Capa: Márcio Mariath Belloc)

Rede na Rua: Trabalho Intersetorial com População em Situação de Rua na Covid-19

Street Network: Intersectoral Work with a Street Situation in Covid-19

Gabriela Fernandes
ORCID: 0000-0001-7099-4504
Universidade de Brasília - UnB.
Escola Superior de Ciências da
Saúde do Distrito Federal - ESCS/DF

Autora correspondente:
Gabriela Fernandes
E-mail: gabriela_fernandesc@hotmail.com

Resumo:
O presente artigo tem como objetivo apresentar a construção de estratégias no território da cidade de Taguatinga-DF que visem à perspectiva de saúde mental dos usuários e profissionais que atendem população em situação de rua na pandemia da COVID–19. Este artigo consolida-se como relato de experiência de um projeto desenvolvido por residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde mental do adulto e utilizou a metodologia de natureza qualitativa. Para tanto, pauta-se no método marxista (materialismo - histórico - dialético). O projeto foi dividido em quatro fases: 1. Levantamento de instituições que executam serviços direcionados à população em situação de rua da região de Taguatinga–DF; 2. Contato com as instituições; 3. Visita às unidades e definições de estratégias; 4. Execução das atividades. Os resultados demonstram que ações intersetoriais são fundamentais para a construção de rupturas com o modelo hegemônico. Fortalecer e criar ações no território é endossar o cuidado em liberdade, pensar o sujeito em sua integralidade e viabilizar os princípios do SUS, sobretudo nesse contexto de pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Intersetorialidade; Território.

Abstract:
This article aims to present the construction of strategies in the territory of the city of Taguatinga-DF that aim at the perspective of mental health of users and professionals who care for homeless people in the COVID – 19 pandemic. This article consolidates itself as an experience report of a project developed by residents of a multiprofessional residency program in adult mental health and used a qualitative methodology. For this, it is based on the Marxist method (materialism - historical - dialectical). It was divided into four phases: 1. Survey of institutions that perform services aimed at the homeless population in the Taguatinga – DF region; 2. Contact with institutions; 3. Visit to units and strategy definitions; 4. Execution of activities. The results demonstrate that intersectoral actions are fundamental for the construction of breaks with the hegemonic model. To strengthen and create actions in the territory is to endorse care in freedom, to think the subject in its

entirety is to make SUS principles viable, especially in this context of a pandemic.

Keywords: Mental Health; Intersectorial; Territory.

Introdução:

O presente artigo consiste em apresentar – enquanto relato de experiência – o trabalho de residentes de um programa de residência em saúde mental do adulto, o qual se deu a partir da construção de estratégias no território da cidade de Taguatinga-DF que visassem à perspectiva de saúde mental dos usuários e profissionais que atendem população em situação de rua (PSR) na pandemia da COVID–19.

A ideia surge com vistas a fomentar a concepção de construções territoriais, assim como sugere Amarante e Torre (2018) [1] - uma vez que a cidade faz-se enquanto espaço do lugar infinito das trocas sociais. Levando em conta que o fazer em saúde mental envolve diversos aspectos e ultrapassa os muros institucionais, a articulação com os atores sociais da rede faz com que isso se reverbere em diversos locais.

Dialogar com a rede denota a importância de que o momento vivenciado demanda estratégias coletivas e solidárias, subsidiadas através das trocas e dos diálogos positivos. O sentimento de impotência das equipes deve estar munido de organização e articulação, promovendo o cuidado que a situação demanda, bem como intervenções em saúde mental que garantem o acesso aos direitos e à informação.

O momento atual frente ao processo de adoecimento e agudização das expressões da questão social, como sinaliza Iamamoto e Carvalho (2009)[2], demanda atenção das políticas sociais e é nesse sentido que se busca articular com a rede socioassistencial intervenções que promovam o cuidado ao público em situação de rua, visto que esse segmento passa a necessitar maior atenção. Principalmente no que tange os aspectos sociais, deve haver precaução e investimentos. A situação de vulnerabilidade biopsicossocial, o isolamento e a sensação iminente de perigo colaboram na produção do adoecimento psíquico, colocando como demanda para a rede de proteção social intervenções que promovam cuidados em saúde mental.

As ações tiveram como lócus de intervenção o território que abrange a região de atendimento do Centro de Atenção Psicossocial 2 de Taguatinga – DF (CAPS 2 Taguatinga). Pensando na promoção do cuidado e identificando a necessidade de fortalecimento de ações intersetoriais no contexto da pandemia, os residentes propuseram um projeto que visasse a articular e fortalecer a rede de proteção social da população em situação de rua frente ao cenário da COVID-19, buscando promover a socioeducação sobre saúde mental a partir de trocas entre profissionais e usuários do serviço, bem como orientando sobre formas de mitigar os efeitos nocivos do isolamento e da classificação dos grupos de risco.

Foram desenvolvidas ações com os seguintes serviços: Centro Pop, Consultório na Rua, Instituto Ipês (Serviço Especializado de Abordagem Social, UNAI (Unidade de Acolhimento para Idosos), UNAF (Unidade de acolhimento para adultos e famílias), CASA FLOR - UNAM (Unidade de Acolhimento para Mulheres), Instituto Inclusão (Serviço de acolhimento para população em situação de rua) – todos referentes à região de Taguatinga – DF.

Métodos

Este artigo trata de um relato de experiência acerca da construção de ações interventivas realizadas em serviços no território que abrange a região de atendimento do Centro de Atenção Psicossocial 2 de Taguatinga – DF (CAPS 2 Taguatinga) e atendem população em situação de rua. Utilizou-se a metodologia de natureza qualitativa, a qual visa a resgatar as análises a partir de uma perspectiva mais aprofundada e detalhada dos fenômenos. Tem-se o intuito de alcançar a essência do objeto e não apenas a aparência, observando todas as nuances e relações construídas (LAVILLE; DIONNE, 1999) [3].

Para entender e consolidar o objeto de estudo, utilizou-se a categoria *mediação* proposta por Pontes (1995)[4], a qual interseciona aspectos de **universalidade, particularidade e singularidade**, com vistas a uma apreensão completa e não focalizada dos fenômenos sociais. É nesse sentido que se utilizará o *método dialético marxista* (materialismo - histórico - dialético) para maior comprometimento com o objeto pesquisado.

Para Netto (2011)[5], a mediação atribuída nas proposições do método marxista sugere a pesquisa a partir de uma análise crítica da realidade, sendo a mediação, a passagem do imediato para mediato; a apreensão da totalidade sobressai-se a partir de um complexo maior constituído de complexos menores, onde o concreto não é o ponto de partida, mas o resultado. É necessária uma análise acurada, onde as técnicas constituem os instrumentos para apoderar-se da matéria. Esse método não pressupõe concepções individualizadas e leva em conta as contradições inerentes à sociedade capitalista. A partir de aproximações sucessivas, que se dão de modo processual é que se obtêm os resultados pesquisados: "o método de Marx não resulta de descobertas abruptas ou de intuições geniais – ao contrário, resulta de uma demorada investigação" (p. 19).

Nesse sentido, os procedimentos metodológicos foram divididos em quatro fases para melhor exequibilidade do projeto desenvolvido:

fase 1) Levantamento de instituições que executam serviços direcionados à população em situação de rua da região de Taguatinga;

fase 2) Contato com as instituições e mapeamento de datas para pactuações com os serviços;

fase 3) Visita às unidades, escuta dos serviços e definições de estratégias a serem realizadas de acordo com a demanda de cada equipamento;

fase 4) Execução das atividades pactuadas.

Dentre as atividades propostas e construídas, foram elencadas rodas de conversa entre os residentes do programa de saúde mental do adulto da ESCS lotados no CAPS 2 Taguatinga (sendo duas assistentes sociais, um psicólogo e uma enfermeira) com profissionais e usuários dos dispositivos, respeitando a orientações da Organização Mundial da Saúde como distanciamento de 1,5 a 2 metros entre uma pessoa e outra, bem como a higienização adequada das mão e objetos utilizados durante as atividades, que ocorreram em ambiente aberto e bem arejado. As ações pautaram-se em um roteiro temático de abordagem semiestruturado. Segundo MINAYO (2001)[6], esse roteiro mescla as modalidades estruturado e não estruturado, permitindo a troca de informações a partir de uma orientação pré-concebida, mas também permite discutir livremente sobre a temática. Os temas elencados foram: *discussão sobre saúde mental e pandemia; estratégias de autocuidado diante da pandemia; fluxos de atendimento do CAPS 2 Taguatinga frente à pandemia; cuidado intersetorial das demandas biopsicossociais; orientação psicossocial em saúde mental; estratégias de Redução de Danos. ?*

As atividades foram realizadas em dias e horários combinados entre as equipes, respeitando a disponibilidade de tempo e interesse e ambos, e teve como público-alvo os usuários e profissionais das unidades.

Resultados e discussão:

O segmento de população em situação de rua é fatidicamente reflexo do seu contexto histórico, marcado pelo não acesso aos direitos que desmembraram a situação que passam a vivenciar. É um elo entre expressões da questão social, fomentada nas desigualdades sociais, que os coloca mais suscetíveis às

situações de vulnerabilidade e estigma constante. Sobretudo por dificuldade de inserção no mercado de trabalho, que rejeita as potencialidades desse segmento, negando sua participação ou possibilitando-a de forma precária e injusta, fortalecendo o seu processo de violação de direitos.

Nesse contexto sócio-histórico, mesmo que inseridos no mercado de trabalho, ainda passam por dificuldades categóricas, bem como condições precárias e superexploração. Conforme Behring e Boschetti (2011)[7], os direitos sociais são restringidos e reduzidos a partir da justificativa de crise fiscal do Estado, transformando e direcionando as políticas sociais a ações pontuais e imediatas.

Tais constatações trazem lucidez à dificuldade em direcionar atuações mais profícuas a esse público, tendo em vista a escassez de equipamentos públicos, políticas, serviços e programas, o que estimula a busca em unir subsídios para transformação de tal cenário, assim como é aquilo que se torna a motivação de realização do projeto. Uma vez que a desigualdade é inerente ao capitalismo e se reforça quando se trata de segmentos mais vulneráveis, a luta pelos direitos é de fato uma luta contra o capital, conforme afirma Lamamoto (2009)[8].

No que tange a definição de PSR, Silva (2009)[9] faz um estudo acerca desse fenômeno, o qual está relacionado a um contexto histórico de desapropriação de terras, levando muitos à mendicância, reforçado na situação de pobreza. De acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua[10] em seu artigo 1º, parágrafo único, coadunando com o conceito utilizado pela autora citada, tem-se como população em situação de rua:

> 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)[10].

É perceptível que a sociedade coloca à margem o indivíduo que não tem renda, não gera lucro e não consome, dirimindo a sua condição de cidadão, o que os faz procurar o espaço público, como último recurso, para sua "moradia". É assim que surge a PSR, pessoas expostas a situações de extremo pauperismo, vivendo em condições sub-humanas.

Conforme afirma SILVA (2009)[9], as mudanças ocorridas no mundo do trabalho como descreve Antunes (1995)[11] germinam uma série de fatores que potencializam o fenômeno da população em situação de rua. Isso pode ser constatado por meio de análise de conjuntura, conforme coloca Souza (1986)[12], onde se passa a compreender elementos a partir da percepção, descoberta, sentidos, dados e informações.

Outro fator relevante é a dificuldade de obtenção do censo de população em situação de rua no Distrito Federal. Verifica-se que há falta de dados para se elaborar direcionamentos mais consistentes, o que já se caracteriza como um indício significativo do "não-olhar" das autoridades ao público citado.

Toda essa construção instiga a um desvelar ao projeto desenvolvido de modo que a população em situação de rua possa ter acesso digno a informação e aos serviços em qualquer contexto. A pandemia do novo Coronavírus potencializa as destrutividades inerentes ao modo de produção capitalista, segmentos que já tinham como premissa o não acesso ou a negação dos direitos, com a COVID-19 isso se agudiza, compondo um contexto mais desolador, deixando de atender ao bem-estar coletivo, atendendo assim apenas aos interesses de classe.

Viabilizar saúde mental é entender que as nuances da COVID-19 desmembram uma maior precarização da vida e demanda, necessariamente, uma percepção crítica, unificando a proposições criativas através das *práxis*.

Outro segmento populacional em vulnerabilidade biopsicossocial são as mulheres em situação de rua. Segundo Machado (2016)[13], aparece em maior grau que a dos homens, com a presença de violência psicológica, física e sexual, gravidez não planejada ou indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, trazendo à tona a hierarquia social fruto das relações de gênero.

Butler (2003)[14] revela que gênero é uma performance no sentido de um teatro, onde os papéis são estabelecidos sócio historicamente de modo que existem traços que se consolidaram como indentitários do homem e da mulher. De acordo com Zanello et al (2015)[15], esses traços seriam no homem o trabalho e o sexo, e na mulher a maternidade e o amor. Esses papéis são permeados de dispositivos que fixam uma lógica de dominação do masculino sobre o feminino, ecoando em diversos aspectos, inclusive na saúde mental.

A forma como alguns sintomas são descritos nas mulheres e nos homens perpassa os papeis de gênero. Zanello (2014)[16] realizou um estudo em dois hospitais psiquiátricos do Distrito Federal e identificou estereotipias no modo como os sintomas eram relatados nos prontuários das mulheres (choro imotivado, depressão, desapego das tarefas domésticas, histérica e manipuladora). Entre esses, um que se destaca é o choro imotivado, o qual segundo a autora é o reflexo de uma estrutura opressora que silencia o sexo feminino. Ao elucidar a história de vida de uma usuária que tinha essa descrição veio à tona uma história repleta de violência física e psicológica, cuja dinâmica familiar forçava essa mulher a "se calar".

Diante do contexto apresentado torna-se necessário que o profissional da saúde mental se atente às relações de gênero, o que evidencia a importância de que mais unidades de acolhimento destinadas às mulheres sejam implementadas visando suas especificidades.

As dificuldades evidenciadas a partir da COVID-19 denotam o quanto racionalidade capitalista-patriarcal-racista demonstra que aqueles e aquelas que mais sofrem com os elementos de desigualdades potencializados nesse contexto são mulheres e negros que por sua vez não possuem condições de se proteger e nem podem assegurar atenção à saúde de forma eficaz em caso de contágio, evidenciado pela falta de acesso aos serviços e recursos vitais.

A pandemia do Coronavírus exacerbou as desigualdades inerentes à sociedade capitalista e as disparidades de *raça, gênero e classe*. Trouxe ao centro das atenções discussões que sempre foram necessárias, mas continuou demonstrando o fomento ao lucro em detrimento da vida. As medidas de austeridade adotadas na política de saúde, como a *PEC da Morte* (Emenda Constitucional 95 - 2016)[17] - que congela os gastos da saúde por 20 anos, sinalizam que a racionalidade capitalista e as odes neoliberais perpetuam a exclusão e dizimação do povo pobre e preto.

A COVID-19 escancarou a necropolítica (MBEMBE, 2017)[18] e denota - mais ainda - o descaso com alguns segmentos, como a PSR, com isso o caráter classista da pandemia fica ainda mais visível.

Esse contexto também nos traz a necessidade de criar e recriar formas de intervir e de pensar o cuidado em saúde mental. A Reforma Psiquiátrica Brasileira - RPB (AMARANTE, 2007)[19], partindo do seu longo contexto de luta, está elencada a uma nova maneira de cuidar e tratar as pessoas em sofrimento mental. A liberdade, a garantia de direitos e a cidadania são cruciais para a consolidação dessas mudanças no cotidiano. Construir ações no território, que pensem muito mais o sujeito em sua subjetividade e não mais o seu encaixe em determinados padrões, é elementar para um cuidado longitudinal e que viabiliza a consolidação dos princípios do SUS.

Possibilitar esses caminhos no momento da pandemia, através da relação intersetorial é demonstrar a importância do trabalho integrado e das possibilidades em diminuir os impactos causados pela COVID-19 a partir da perspectiva do cuidado e não do preconceito, buscando através dos elos de convergência entre as instituições, novas formas de produzir vida (FIOCRUZ, 2020)[20].

- ***Percepções e apontamentos acerca das ações desenvolvidas nas instituições***

Instituto Ipês, Centro Pop E Consultório Na Rua

O *Instituto Ipês* consiste no Serviço de abordagem social (SEAS) de rua de média complexidade conforme a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais[21].

O Centro Pop é um Centro Especializado de atendimento à população em situação de rua que visa a garantir o direito através da redução das violências vivenciadas e seus agravamentos ou reincidência (RESOLUÇÃO 109 CNAS, 2009)[21].

O Consultório na Rua, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2011)[22], é um dispositivo composto por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e de prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

Inicialmente foi pensada uma reunião com as equipes a fim de construir estratégias para usuários em situação de rua e apresentando intenso sofrimento mental em razão do contexto de pandemia. Consistiria em conversar com os profissionais sobre as intervenções em saúde mental no contexto atual e como isso poderia ser levado até os usuários abordados durante o serviço; bem como estratégias de orientação aos próprios profissionais que por ventura demonstrassem também processo de sofrimento. Colocamo-nos à disposição para discutir casos e realizar eventuais abordagens conjuntas caso necessário.

Diante das situações adversas que foram sendo postas ao contexto, a equipe do Instituto Ipês passou a limitar grande parte do seu atendimento a entrega de alimentos (marmitas), o que demandou tempo e dificultou a exequibilidade das ações acima propostas. No entanto, conseguimos pensar outras estratégias, que envolveram também os outros dois atores mencionados: consultório na rua e Centro Pop. Todos os diálogos estavam norteados pela garantia do direito à população em situação de rua, de acordo com a sua Política Nacional (DECRETO 7053/2009)[10].

Participamos de capacitação conjunta com *Instituto Ipês, Centro Pop e Consultório na rua* com o objetivo de elucidar os mecanismos de prevenção ao COVID 19. Também discutimos casos específicos com o Centro Pop. Criamos estratégias de atuação para os casos discutidos e propusemos sugestões a outras situações.

Na articulação desenvolvida com esses três atores, foi possível discutir sobre a lógica centrada no cuidado hospitalar (lógica hospitalocêntrica) e o saber centrado no médico (na saúde mental, isso configura-se no médico psiquiatra), bem como introduzir outras perspectivas e linhas de cuidado a partir dos preceitos da RPB na pandemia (AMARANTE, 1998)[23].

Buscou-se desmistificar a necessidade de higienização da população, a concepção de vigilância, controle, punição e repressão. Refletir que o fenômeno da população de rua é o reflexo das contradições da sociedade capitalista e, consequentemente, da negação do acesso ao direito (SILVA, 2009)[9]. Higienização, encarceramento e retrocesso dos direitos têm sido fortemente evidenciados neste momento atual.

Tensionou-se a discussão sobre medicalização e medicamentalização dos usuários, bem como a importância de fazer saúde mental em diversos espaços. Uma vez que muitos discursos corroboram a centralidade na cura, reforçando também a medicamentalização da saúde mental como *bala mágica* para a superação de várias vicissitudes que dizem muito mais sobre as contradições societárias do que sobre a cura medicamentosa (FREITAS; AMARANTE, 2017)[24].

Discutiu-se sobre as internações compulsórias e involuntárias, que têm sido fortemente reforçadas como respostas à pandemia e se mostram contrárias ao modelo de atenção psicossocial (AZEVEDO; SOUZA, 2019)[25]. Elencou-se a perspectiva de que existem várias maneiras de existência dos sujeitos e de que a

forma como muitos agem tem direta relação com suas vivências e contextos. Cada ser humano responde a isso de maneira singular. Reforçarmos não existirem padrões gerais, pois somos uma mente interligada a um corpo social.

Abordar temáticas como as citadas acimas é entender a importância de construir debates críticos com as instituições que atuam diretamente no cuidado à PSR. A pandemia trouxe brechas para o fortalecimento das odes neoliberais, dos discursos individualizantes, que tratam a perspectiva de saúde voltada a uma lógica privatista e biologizantes dos sujeitos. Travar esses debates no âmbito intersetorial é desmitificar a categorização do sujeito como necessária para o estabelecimento do cuidado.

Unidade de Acolhimento para Idosos (UNAI)

A Unidade de Acolhimento de Idosos é um serviço ofertado pela Secretaria de Desenvolvimento Social - SEDES – DF.

A pandemia da COVID-19 frente ao processo de adoecimento demanda atenção intersetorial das políticas sociais. É nesse sentido que buscamos articular com a rede de atenção social intervenções que promovam o cuidado ao público em situação de vulnerabilidade social, principalmente idosos e população em situação de rua, visto que esse segmento passa a necessitar de maior atenção, principalmente no que tange a aspectos sociais.

Conseguimos realizar apenas uma visita a essa unidade. O que se apresenta como fenômeno a ser analisado é a visão que se tem acerca do trabalho em saúde mental intersetorial e no território. Sabemos que o manicômio não está apenas na política de saúde mental, tampouco nas instituições, mas também se apresenta constituído como processo de trabalho e forma de pensar (AMARANTE, 1996)[26]. Atuar com o envelhecimento é um desafio para se repensar tais processos e constituir novas produções de vida a partir desses espaços de potência, como as unidades que recebem idosos, principalmente esse público se apresentando de risco ao contágio do novo Coronavírus.

Fortalecer todos esses aspectos em uma instituição que acolhe idosos, também é pensar o envelhecimento enquanto processo biopsicossocial. A velhice deve ser entendida em suas várias dimensões, como uma constante que faz parte do curso da vida, e dentro de um aspecto político e não reforçador de estigmas e preconceitos (BEAVOUIR, 1970)[27].

No contato com essa instituição pode-se perceber os entraves em trabalhar com esses grupos de risco e como faz-se importante construir no coletivo formas de cuidado que não exclua ainda mais esses sujeitos. O idoso no modo de produção capitalista, em muito, simboliza a negação. A articulação com a UNAI possibilitou redirecionar concepções para o cuidado que potencializa as possibilidades existentes e promova atenção.

Instituto Inclusão

O Instituto Inclusão é uma unidade de acolhimento institucional na modalidade casa de passagem, ofertado através da política de assistência social, tendo como base a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, sendo caracterizado como entidade beneficente de assistência social (Resolução nº 109 de 2009)[21].

Foram sinalizadas dificuldades em articulação com a saúde mental e outros serviços. Apresentou-se a dinâmica da unidade, expuseram-se as dificuldades, suas demandas em saúde mental e possíveis articulações intersetoriais. Foram explicadas a dinâmica do CAPS e estratégias para melhor atender população em situação de rua.

Nesse aspecto, observou-se como o estigma à PSR é reforçado em outros espaços de cuidado e como os atores que ofertam esse serviço em diversos dispositivos da rede intersetorial apresentam limitações e barreiras quanto à construção de uma nova forma de cuidado à PSR. Nota-se que o reforço à negação dos direitos sociais consolida-se como característica do Estado Brasileiro e carrega várias resultantes, as quais reforçam as desigualdades sociais presentes no país, os graves efeitos de desemprego, a queda na renda da classe trabalhadora e, com isso, o **aumento da população em situação de rua** (SILVA, 2009)[9]**.**

A dificuldade de consolidação e materialização das legislações conquistadas, como a implementação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), dificulta a execução dos serviços e articulação com outros atores, para atender públicos específicos que não se encaixam no perfil de casas de passagem. Borges e Baptista (2008)[28] analisam a criação de serviços substitutivos (entre 2000 e 2004) como forma de superar o modelo de atenção hospitalar e as práticas manicomiais, onde se destacam os CAPS e os serviços de Residência Terapêutica, fortalecidos através militância de movimentos sociais que trazem novos discursos e práticas à saúde mental. Essas dificuldades se acentuam no momento da pandemia que revela a luta de classes a partir da demonstração de quem terá o direito a um cuidado mais direcionado e quem será ainda mais marginalizado.

Outro ponto salientado foi a sinalização da importância do trabalho em rede, das articulações e das estratégias para pensar e realizar no território, assim como propõe Lancetti (2006)[29] na construção de uma clínica peripatética. O fazer em rede constrói no território, nas vivências e na complexidade, o que foge de ações protocolares e traz a criatividade e proposição de novas ações.

Um dos principais aspectos abordados referiu-se à luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica. As reflexões construídas partiram das construções teóricas sugeridas por Amarante (2007)[19], o qual denota a importância de se consolidar uma concepção antimanicomial de atenção à saúde mental, pautada pelo cuidado em liberdade, pela consolidação dos afetos através das relações e uma nova racionalidade para a sociedade.

Discutiu-se sobre a importância do cuidar no território e em liberdade. O respeito à singularidade e subjetividade de cada sujeito. Elucidamos sobre o tratamento ofertado no CAPS e em qual perspectiva esse serviço está calcado, além da importância de consolidar a loucura por uma outra visão, bem como fortalecer os rumos à desinstitucionalização ainda que diante dos desafios atuais (ALVERGA; DOMENSTEIN, 2006)[30].

Apreende-se também acerca das práticas de cuidados no contexto da pandemia. Apresentamos algumas atividades que poderiam ser executadas individualmente de modo a alcançar maior bem-estar e amenizar os processos de sofrimento vivenciados. O projeto possibilitou construir em conjunto com os usuários, possíveis estratégias de Redução de Danos no contexto de uso de Substâncias Psicoativas (SPAs) (MACHADO; BOARINI, 2013)[31].

Toda a discussão foi permeada pela concepção de saúde mental pautada na existência de sofrimento e sua relação com o corpo social (ROTELLI, 1990)[32]; não mais a cura ou a doença se tornam o centro do debate, mas as vivências, as construções e as possibilidades que se criam a partir desse novo objeto.

A pandemia trouxe limitações ao espaço e às intervenções, mas concomitante a isso, permitiu-se criar e recriar possibilidades - como na concepção gramsciana do otimismo da vontade - apostando no trabalho colaborativo e denotando a importância da rede de apoio no cuidado. As intervenções foram baseadas nas orientações da Fiocruz para atendimento à PSR, no trabalho unificado entre SUS e SUAS, partindo da garantia dos princípios dessas políticas diante da concepção de seguridade social, elaborando a construção de um caminho subversivo frente às ações de genocídio da população negra e oferta colonizadora do cuidado que se reverbera e se fortalece com a crise sanitária.

Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias

A Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias (UNAF) é uma unidade pública de assistência social do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), responsável por realizar acolhimento temporário para homens adultos, idosos, pessoas com deficiência e familiares, que estejam em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito no DF e sem condições de autossustento.

Nas discussões, percebeu-se o descontentamento das servidoras presentes em relação ao descaso dos dispositivos de saúde pública e da dificuldade de fazer um trabalho em rede com estes serviços (CAPS, UBS, ESF, etc.). Outro ponto central comentado foi a inexistência de Serviços Residenciais Terapêuticos no DF, uma vez que tais Unidades de Acolhimento têm servido como suporte, mesmo sem condições.

Contextualizou-se a nossa atual situação, destacando a própria conjuntura política de desmonte do Sistema Único de Saúde, o que significa um grande retrocesso para todos os âmbitos da saúde pública, trazendo à tona toda lógica manicomial. No DF, o investimento maior se dá no Hospital Psiquiátrico (manicômio), fortalecendo-o e aumentando cada vez mais o sucateamento dos poucos/insuficientes CAPS já existentes.

Essa incipiência na oferta de serviços substitutivos revela os interesses na condução da política de saúde mental que vem rumando aos retrocessos. A pandemia sinaliza a falta de investimento no âmbito das políticas sociais - sobretudo na saúde - reforça o processo de precarização do trabalho e o austericídio.

O cuidado para aqueles que não conseguem custeá-lo muitas vezes é cerceado, esse foi um dos pontos centrais ao constituir a discussão com a UNAF e analisar os limites colocados pela pandemia frente a materialização do acesso aos serviços necessários. A COVID-19 demonstra a disseminação da crise estrutural do capital calcada em suas diversas contradições e consequências aos trabalhadores (ANTUNES, 2020)[33]. A PSR exibe todas essas contradições, de fortes negações e falta de acessos.

UNAM - Unidade de Acolhimento para Mulheres - Casa Flor

É uma unidade da política de assistência social que realiza acolhimento temporário para mulheres adultas ou idosas, desacompanhadas, e em condições de exercer independentemente as atividades da vida diária (AVD) ou com Grau de Dependência I. Devido ao contexto da pandemia, foram necessárias adaptações para acolher novas usuárias com uma área de isolamento, na qual permanecem por 15 dias. Caso de apresentem sintomas, o serviço de saúde especializado é contatado.

Foi realizada visita à casa flor para compreender o fluxo de funcionamento e estabelecer parceria com o CAPS, levantando a necessidade de apoio da saúde mental. Foram discutidos alguns casos e levantados possíveis encaminhamentos. Foi proposto que os residentes do CAPS se encarregassem de realizar acolhimentos na instituição e reavaliação de casos já atendidos no CAPS anteriormente. Entretanto, o fluxo mostrou-se incompatível com tais ações. Tal contexto abre margem para refletir sobre a estrutura de funcionamento de uma instituição de portas abertas, fruto da luta antimanicomial, que demonstra rigidez em estabelecer parcerias com outro serviço, transcendendo os muros.

Observou-se grande necessidade de fomento às ações intersetoriais com PSR nas unidades visitadas na pandemia. Percebeu-se a carência de debater temas pertinentes ao cuidado em saúde mental por parte dos gestores e operadores desses equipamentos, que só a potência do fazer em coletivo permite disseminar.

As mudanças em relação à pandemia têm sido constantes, assim como a gama de informações que permeiam esse momento. No entanto, a forma como isso é atribuído à vida dos sujeitos tem relação com o contexto de sociedade que estamos vivendo; os interesses do lucro sobrepujando a vida, os quais inibem os enfrentamentos e deixam lacunas para que se estruture o projeto do capital (HARVEY, 2020)[34].

A população em situação de rua encontra-se excluída dos padrões convencionais da sociedade, em condições insalubres, nas quais possuem menos que o necessário para atender às necessidades básicas humanas, além da ausência de moradia, desse modo esse segmento da sociedade está mais vulnerável a doenças contagiosas (Hino *et. al* ,2017)[35].

Diante disso, a atual pandemia acentua as vulnerabilidades. Nas instituições visitadas, as atividades que geralmente eram realizadas em grupo com os usuários dos serviços sofreram restrições devido à pandemia, o que reduziu o alcance efetivo de tais ações, inviabilizando atividades em grupo. Além disso, é comum no Distrito Federal uma crescente demanda dessa população por unidades de acolhimento, tais unidades tiveram o limite de vagas reduzido pela pandemia, o que também impacta de modo significativo as condições de vulnerabilidade.

Considerações finais

Fortalecer a articulação com a rede, mapear os atores sociais, construindo recursos de atuação em conjunto, estabelecer parâmetros coletivos e formas de cuidado compartilhados, reforçando a importância da atuação em território e na comunidade são maneiras de consolidar a luta antimanicomial, de fomentar a importância dos serviços substitutivos e consolidar a Política Nacional de Saúde Mental - Lei 10.2016 de 2001[35] e possibilita a diminuição dos impactos negativos causados pela COVID-19.

O novo Coronavírus afeta diretamente alguns segmentos no que diz respeito ao acesso aos serviços. A PSR tem seus direitos ameaçados e a garantia da grande parte dos serviços sob a ótica da autoresponsabilização pela situação em que se encontram. Na saúde mental, não é diferente. Tem-se uma perspectiva de culpabilização e as ações costumeiramente são direcionadas por uma perspectiva religiosa, proibicionista e moralista.

Desse modo, por meio do projeto desenvolvido, das leituras e análises suscitadas a partir dele, foi possível observar como o as ações intersetoriais são fundamentais para a construção de rupturas com o modelo hegemônico. Fortalecer a contra-hegemonia é criar ações no território, endossar o cuidado em liberdade, pensar o sujeito em sua integralidade e viabilizar os princípios do SUS.

A busca em concretizar essas ações na COVID-19 trouxe a possibilidade de perceber que os elos de convergência entre as políticas são passos fundamentais para a garantia de direitos da PSR, bem como aproximação das agendas de cuidado para a mitigação dos riscos causados pela pandemia.

Referências:

[1] Amarante P, Torre EHG. "De volta à cidade, sr. cidadão! " - Reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, 52(6), 1090-1107. 2018.

[2] Iamamoto MV, Carvalho R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 29 ed. São Paulo, Cortez; CELATS, 2009.

[3] Laville C, Dionne J. **A construção do saber**. Belo Horizonte: UFMG, p. 340, 1999.

[4] Pontes RN. **Mediação e Serviço social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social.** 3ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 1995.

[5] Netto JP. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**.- 1. Ed. – São Paulo: Expressão Popular, 2011.

[6] Minayo MCS. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

[7] Behring ER, Boschetti I. **Política Social: Fundamentos e História.** Biblioteca básica do serviço social, v. 2. São Paulo, editora Cortez, 2011.

[8] Iamamoto MV. O Serviço Social na cena contemporânea. In: **CFESS – Serviço Social – Direitos Sociais e Competências Profissionais**, 2009.

[9] Silva MLL. **Trabalho e população de rua no Brasi**l. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

[10] Brasil. **Política Nacional para a População em Situação de Rua**. Decreto 7053/2009.

[11] Antunes R. **Adeus ao trabalho?: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1995.

[12] Souza HJ. **Como se faz análise de conjuntura**. Vozes, 1986.

[13] Machado MDGG. **Mulheres no contexto da rua: a questão do gênero, uso de drogas e a violência**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

[14] Butler J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro; Civilização Brasileira, 2003.

[15] Zanello V, Silva LC, Henderson G. Saúde Mental, Gênero e Velhice na Instituição Geriátrica. **Psic. Teor. e Pesq. [Online].**

[16] Zanello V. Saúde mental, mulheres e conjugalidade. In: STEVENS, C.; OLIVEIRA, S.; ZANELLO, V. (Org.). **Estudos feministas e de gênero: perspectivas e articulações.** Florianópolis: Mulheres, 2014b. p. 108-118.

[17] Brasil. **Emenda Constitucional nº 95 de 2016.**

[18] Mbembe A. **Políticas da inimizade**. Lisboa: Antígona, 2017.

[19] Amarante P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

[20] Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. **Recomendações para os consultórios na rua e a rede de serviços que atuam junto com a população em situação de rua.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/04/Sa%c3%badeMental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%c3%a7%c3%a3o-para-os-consult%c3%b3rios-na-rua-e-a-rede-de-servi%c3%a7os-que-atuam-junto-com-a-popula%c3%a7%c3%a3o-em-situa%c3%a7%c3%a3o-de-rua.pdf. Acesso em: 15 set. 2020.

[21] Brasil. **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassitenciais.** Resolução Nº 109 de 11 de novembro de 2009. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). 2009.

[22] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

[23] Amarante P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

[24] Freitas F, Amarante P. **Medicalização em psiquiatria**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2017.

[25] Azevedo OA, Souza TP. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. P**hysis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 [3]: 491-510, 2017.

[26] Amarante P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** SciELO-Editora FIOCRUZ, 1996.

[27] Beavouir S. **A velhice: A realidade incômoda.** São Paulo, Difusão Europeia do livro, 1970.

[28] Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 456-468, fev. 2008

[29] Lancetti A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, v. 3, 2006.

[30] Alverga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura**. Interface-comunicação, saúde, educação.** V. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.

[31] Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.

[32] Rotelli F et al. A instituição inventada. **Desinstitucionalização**, v. 2, p. 89-99, 1990.

[33] Antunes R. **Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado**. São Paulo: Boitempo, 2020.

[34] Harvey D. Política anticapitalista em tempos de COVID-19. In: HARVEY, David *et. al.* (Orgs.). **Cornonavírus e a luta de classe.** Terra sem anos: Brasil, 2020.

[35] Hino P *et al.* Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. ***Revista Brasileira de Enfermagem***, *71*(Supl. 1), 684-692, 2018.

[36] Brasil. Presidência da República**. Lei 10216.** 2001.

Como citar: Fernandes G. Rede na Rua: Trabalho Intersetorial com População em Situação de Rua na Covid-19. **Saúde em Redes**. 2020;6(Supl.2). DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3304g609.

Recebido em: 16/09/2020

Aprovado em: 01/12/2020