

**PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DOS CAPS SOBRE O ATENDIMENTO
A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA¹**

**PROSPECTIONS OF PROFESSIONAL FROM CAPS (CENTER OF
ATTENTION PSYCHOSOCIAL) ABOUT THE ATTENDMENT TO THE
POPULATION IN SITUATION OF STRET**

NASCIMENTO, Caroline Almeida²; MAZIERO, Bruna Rodrigues³

Resumo: O objetivo principal desse estudo foi verificar a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) no que refere ao atendimento à população em situação de rua, no município de Santa Maria/RS, assim como os objetivos específicos em identificar o acolhimento e o acesso aos serviços, analisar as políticas públicas de saúde mental desenvolvida e compreender o trabalho da equipe multidisciplinar com esta população. Trata-se de uma pesquisa empírica com abordagem qualitativa, participaram dessa pesquisa 6 profissionais de três CAPS da cidade, utilizou-se para coleta de dados um entrevista semi estruturada. Após coleta e análise dos dados, evidenciou-se três categorias para discussão, sendo elas: o acolhimento e o acesso da população de rua no CAPS, a visão dos profissionais sobre a intersetorialidade e as políticas públicas para a população em situação de rua.

Palavras-chave: Saúde Mental, Acolhimento, Morador de rua.

Abstract: The main purpose of this research was to verify the perception of professionals from psychosocial attention centers concerning to the attending for the population in street situation, into Santa Maria/RS. as well as the specific aims to identify the sheltering and the access to services, to analyse the public policies of mental health developed and compheending the multidiscplinar teamwork with this population. It refers to the emphiric research with the qualitative approach, took part of this study six professionals from three CAPS of city, it made use to the collect of data, a semi structured interview. After collect and analyses of data, it made evident three categories to discussion, being them: the sheltering and the access from street

¹ Artigo de pesquisa referente ao Trabalho Final de Graduação II; foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano sob número de parecer 917.636 e CAAE 39537514.4.0000.5306.

O presente artigo refere-se a um estudo original e inédito, o qual não está sendo avaliado para publicação por outra revista, bem como não contou com apoio financeiro de nenhuma natureza para sua realização.

² Acadêmica do 9º semestre de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano, Rua dos Andradas, 1250, prédio 17, 6º andar, sala 613, CEP: 97010-030, Santa Maria – RS, Brasil. carolalmeidacn@gmail.com Fone: (55) 9186-0745 (autora para correspondência).

³ Terapeuta ocupacional. Docente do Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano, Santa Maria – RS, Brasil. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. brunarmaziero@gmail.com

population in Caps, the vision of professionals about the intersectoriality and public policies to the population into street risk.

Keywords: Mental Health. User Embrace. Homeless Persons.

INTRODUÇÃO

Tem se tornado cada vez mais significativo o número de pessoas que se encontra em situação de rua, conforme dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. No ano de 2012, existiam em média 192 milhões de pessoas vivendo na rua, esse dado foi apontado pelo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo possível analisar a crescente dessa população, assim como a sua inserção junto a uma sociedade que o estigmatiza.

Para Taveira e Almeida (2002) as perspectivas presentes e futuras em relação à pessoa em situação de rua, são pouco favoráveis em decorrência da desigualdade e exclusão social que ainda o assola, porém mudanças significativas têm contribuído para a crescente de oportunidade e transformação social.

O morador de rua por encontrar-se em situação de vulnerabilidade, como desnutrição, desemprego, falta de saneamento e demais fatores que interferem em seu bem estar biopsicossocial, possui o direito ao Sistema Único de Saúde (SUS), no qual disponibiliza os serviços de saúde à população de modo universal e igualitário, através de uma ampla rede de atenção, assim como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o qual oferece benefícios, serviços, programas e projetos de assistência social redigidos na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Porém quando falamos em pessoas de situação de rua, percebemos que esses sistemas ainda são frágeis e pouco efetivos.

A população em situação de rua por viver em um ambiente com influentes e fatores negativos prejudiciais a sua saúde, como o uso de álcool e drogas, violência, entre outros, onde grande parcela desses indivíduos apresenta algum tipo de transtorno psíquico. Isso denota a importância que os serviços de saúde mental têm com essa população, tornando-se evidente com a pesquisa, demonstrando que os profissionais da área devem estar mais atentos a essa questão (COSTA, 2005).

No entanto, é comum que o morador de rua, não tenha conhecimento desses serviços, e acaba por não procurá-los e/ou não acessá-los, pois há uma fragilidade nas redes em

saúde mental disponibilizados a população de rua a qual necessita desse cuidado e atenção (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005).

Ainda em se tratando de saúde mental, as políticas públicas vêm se consolidando e seguem um modelo de atenção comunitário e territorial, através da articulação dos serviços e equipamentos, descritos na **Portaria nº 3088 do ano de 2011**, tais como: os centros de convivências, cooperativas, serviços residenciais terapêuticos (SRT), oficinas de geração de renda, leitos de atenção integral, enfermarias de saúde mental em hospitais gerais, para a população que necessita desses atendimentos especializados, incluindo o morador de rua, sendo desenvolvidos ações e programas voltados à promoção e prevenção quanto à atenção psicossocial, contando com o apoio de uma equipe multiprofissional, e subdividido de acordo com as diferentes modalidades objetivando amenizar os agravos expostos em sua moradia (BRASIL, 2012).

Outro modelo assistencial contemplado na portaria citada acima refere-se aos serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais prestam serviços especializados em saúde mental, a todas as pessoas que necessitam de atendimento especializado, incluindo a população em situação de rua. Esses serviços estão organizados em CAPS I, CAPS II, CAPS III e álcool e drogas. (BRASIL, 2011).

Mateus (2013) aponta que os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) foram elencados como métodos estratégicos em saúde mental para contribuir junto aos demais dispositivos disponíveis pelo SUS para promover a integridade biopsicossocial do sujeito que vive na rua e que necessita de atendimento especializado.

Considerando as percepções apontadas, pretendeu-se, com este estudo, compreender como os profissionais de saúde mental, percebem o atendimento a população em situação de rua, que muitas vezes apresenta dificuldades para usufruir dos serviços de saúde, mais especificamente os serviços de saúde mental.

Justifica-se o presente estudo por experiências adquiridas ao longo da jornada acadêmica, promover novas discussões e reflexões sobre o tema, ampliar o número de bibliografias existentes e interesse pela área de reabilitação psicossocial.

Sendo assim, o objetivo principal dessa pesquisa foi verificar a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) no que se refere ao atendimento à população em situação de rua, no município de Santa Maria/RS, assim como os objetivos específicos em identificar o acolhimento e o acesso aos serviços, analisar as políticas públicas de saúde mental desenvolvida e compreender o trabalho da equipe multidisciplinar com esta população.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo refere-se a uma pesquisa empírica de abordagem qualitativa, a escolha da referida, deve-se ao fato desta englobar as distintas percepções do sujeito em relação a determinado assunto e/ou temática com o intuito de modificar e ampliar a análise e relato de experiências (GIL, 2010).

A abordagem qualitativa abrange as observações de caráter subjetivo em que é exposta as ideias, destacando a importância, opinião e significado que o tema em questão tem a contribuir ou explorar novos conceitos (MINAYO, 2008).

Com intuito de respeitar os princípios éticos que permeiam a pesquisa com seres humanos, antes de dar início a coleta de dados, este projeto foi protocolado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Franciscano, e aprovado sob o número CAAE 39537514.4.0000.5306.

O campo investigado foram três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Santa Maria-RS, optou-se por não identificá-los para manter o sigilo dos pesquisados. Dessa forma participaram da pesquisa, 6 profissionais, que serão identificados como Profissional 1 - CAPS a, Profissional 2 – CAPS b, Profissional 3 - CAPS b, Profissional 4 - CAPS c, Profissional 5 – CAPS c e Profissional 6 – CAPS c. Participaram da pesquisa 2 profissionais de Assistência Social, 1 profissional de Psicologia, 1 redutor de danos, 1 Terapeuta Ocupacional residente e 1 técnico em saúde mental. Cada pesquisado respondeu a uma entrevista semi-estruturada, composta por cinco perguntas, as entrevistas foram gravadas em aparelho de gravador MP3, diante do aceite dos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, ressalta-se que a pesquisa obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras éticos da Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Após a coleta de dados, que ocorreu no período de março a abril de 2015, foram transcritas mecanograficamente as entrevistas, analisadas e categorizadas sob a ótica de análise de conteúdo, que segundo Bardin (2010) permite, através da expressão oral e escrita que a percepção da entrevista seja ampla e significativa, contribuindo para que se obtenha a compreensão clara e concisa dos conteúdos. Então, se sucedeu à análise previa, com a premeditação dos materiais, exploração e circunscrição e finalmente, o tratamento e interpretação dos dados. Dessa forma, como resultado, chegou-se a três

categorias temáticas, quais sejam: O acolhimento da população de rua no CAPS, a visão dos profissionais sobre a intersetorialidade e as políticas públicas da população de rua.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O acolhimento e o acesso da população de rua no CAPS

O dicionário mostra como significado da palavra “acolhimento” o ato ou efeito de acolhida, ter a consideração em receber ou amparar algo (BUENO, 2000). O acolhimento está relacionado à aceitação ou receptividade do sujeito e, através do diálogo, o contato visual, a expressão e o toque corporal irá se estabelecer um vínculo afetivo.

Conforme a Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento consiste em identificar os motivos que levaram o sujeito aos serviços de saúde, analisando a sua singularidade, assim como a sustentabilidade e compreensão por parte das equipes ou serviços, estabelecendo uma rede socioafetiva que deve ser de modo coletivo (BRASIL, 2013).

A partir dessas definições, os profissionais entrevistados referem que o acolhimento deve ocorrer de maneira universal, todos que chegam ao serviço podem e devem ser acolhidos, porém não existe um olhar diferenciado à população em situação de rua, o qual necessita de uma receptividade humanitária em decorrência das suas condições socioambientais desfavoráveis. Nesse sentido, as falas de três profissionais entrevistados.

“O acolhimento se dá como qualquer outro usuário que chega aqui no caps. Se ele (o morador de rua) chegar aqui vai ser acolhido da mesma forma que os demais” (Profissional 3 – CAPS b).

“Claro, que o acolhimento, ele funciona da mesma forma para todo mundo, mas a gente tem um olhar mais especial para esse tipo de população, que são pessoas mais vulneráveis e tal [...]” (Profissional 4 – CAPS c).

“[...] dai, nós procuramos saber as demandas, as dificuldades, as necessidades, e dentro do possível, ir tentando ajudar essa pessoa no que a gente conseguir, o que estiver ao nosso alcance” (Profissional 5 – CAPS c).

Na fala dos profissionais 3, 4 e 5, o sujeito que vive na rua será acolhido no serviço de maneira igualitária, mas com um olhar singular, procurando entender a legitimidade que o fez buscar ajuda, compreendendo o contexto no qual encontra-se inserido. Contexto esse permeado de uma intensa vulnerabilidade, Souza et.al (2008), referem que o acolhimento é o elemento central nas práticas voltadas a saúde, pois permite que haja a reestruturação e possibilidades de novas estratégias e ações, assim como a integralidade do cuidado e atenção, já que é fundamental no processo vincular entre as equipes ou serviços.

O acolhimento se dá por distintos caminhos, o sujeito que vive na rua nem sempre consegue encontrar a melhor via para acessar aos serviços, sendo por vezes, necessário realizar busca ativa dessa população, ou seja, a equipe deve deslocar-se para o local em que se encontram as pessoas vulneráveis e oferecer o atendimento do qual estas necessitam, atentando para real demanda de cada sujeito. Nesse sentido torna-se relevante apresentar as falas dos profissionais 2 e 3.

“Em alguns casos, nós realizamos busca ativa, mas temos uma grande dificuldade, assim como os outros dispositivos da rede” (Profissional 2 – CAPS b).

“É, como eu te disse a gente não realiza busca ativa, mas o acolhimento se dá como qualquer outro usuário que chega aqui no CAPS [...]” (Profissional 3 – CAPS b).

Percebe-se que, os profissionais citados, estão inseridos no mesmo local de trabalho e referem práticas de acolhimento distintas, nota-se uma ambiguidade nas suas falas no que se refere à busca ativa, por outro lado, são os únicos profissionais a mencionarem sobre a temática.

Talvez haja uma fragilidade na interlocução entre esses profissionais, Cavalcanti e Galvão (2007) relatam que a equipe para obter resultados satisfatórios deve dialogar, trocar informações, ter o entendimento do papel de cada profissional, assim como, do serviço em que esta inserido.

Em se tratando do trabalho realizado pelas equipes dos CAPS, em relação à população em situação de rua, Camatta e Schneider (2009) ressaltam que existem muitos desafios, mas para que hajam melhorias e reformulações quanto às estratégias de atendimentos à essas pessoas, é necessário que as equipes consigam compreender a complexidade envolvida nesses casos.

Nesse sentido, sabe-se que o acesso aos CAPS acontece de maneira espontânea ou sob a forma de encaminhamentos, seja por profissionais ou por outros serviços da rede e assistência a saúde, como Unidade Básica de Saúde (UBS), e os serviços socioassistenciais descritos na LOAS, sendo eles: Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), casa de passagem, conforme referem os pesquisados. No entanto, quando se trata da realidade da população de rua, a política que permeia as ações dos serviços de saúde mental os contempla de maneira pouco efetiva, pois nesse formato mais tradicional de acolhimento, o morador de rua tem dificuldade em acessar os serviços.

O manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua destaca a importância de abordagens acolhedoras e acesso facilitador junto ao morador de rua, pois a equipe multiprofissional se dirige ao território em que se encontram e se depara com a realidade desses sujeitos com o papel fundamental de promover o bem estar biopsicossocial em virtude dos agravos e malefícios presentes em sua moradia (BRASIL, 2012).

Ao contrário do que preconiza o manual, temos a fala do profissional 1, que diz:

“A nossa primeira exigência para o atendimento é o cartão SUS”. (Profissional 1 – CAPS a).

Dessa forma, para o morador de rua poderá ser um entrave, visto que, pela situação de vulnerabilidade, ele poderá não ter sua documentação. Ao contrário do que refere o profissional 5, mostrando um lado mais humanizado e acolhedor:

“Bem, nós vamos fazer nesse acolhimento uma entrevista, com essa pessoa, uma conversa, uma escuta, para saber as demandas que ela esta, as necessidades que ela apresenta”. (Profissional 5 – CAPS c).

No local de trabalho do profissional 1, percebe-se uma burocratização no atendimento. Cabe ressaltar mais uma vez que a população de rua é uma população vulnerável e que a maioria delas não tem ou não conhece seus direitos e deveres, diferente da forma como é conduzido o acolhimento no CAPS no qual o profissional 5 esta inserido, utiliza o acolhimento humanizado, seguindo os princípios estabelecidos pelo SUS, o atendimento integral e igualitário à todos.

Mendes et.al. (2004) afirmam que o profissional deve fazer uma análise centrada no sujeito acolhendo-o e prezando por sua singularidade, promovendo a interação e participação social ampla.

A equipe multiprofissional que irá acolher a população de rua deve levar em consideração os motivos que o fizeram procurar os serviços, assim como a aceitação do tratamento a abordagem desenvolvida precisa ser humanizada, já que estamos lidando com uma grande parcela excluída da sociedade, o qual acaba recebendo atendimentos efetivos somente em situações mais graves ou por solicitações familiares, isso quando o sujeito ainda mantém esses laços preservados (BRASIL, 2012).

Isso fica evidenciado no relato do profissional 6.

“[...] há também familiares que acabam os encontrando nas ruas, convencendo e trazendo para o CAPS [...] [...] há alguns casos de conflitos com a lei, aí o juiz dá o benefício, a troca de uma punição, essa mais “pesada” ou de reclusão mesmo, pela opção de fazer o tratamento [...]” (Profissional 6 – CAPS c).

Percebe-se que através desse relato, que por vezes, essas pessoas possuem conflitos judiciais, e acabam por procurar o CAPS pela necessidade imposta, permanecerá no serviço apenas pelo tempo determinado, isso trará pouca eficácia ao tratamento. De acordo com Silva (2013), o tratamento imposto de modo obrigatório irá aumentar o sofrimento psíquico do sujeito, já que a procura pelos serviços deve partir conforme a sua vontade e desejo.

Nesse sentido, a grande maioria dessa população é encaminhada por outros serviços, da rede de saúde e assistência do município, conforme as falas dos profissionais 1 e 5 descritas abaixo.

“A demanda se dá por espontânea vontade, alguns encaminhamentos do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Unidades Básicas de Saúde (UBS) que acabam chegando ao serviço, mas a maioria é por livre e espontânea vontade. Alguns encaminhamentos da casa de passagem [...]” (Profissional 1 – CAPS a).

“Bem, aqui a demanda pode ser encaminhada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), estratégias, hospitais, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ou pode ser demanda espontânea” (Profissional 5 – CAPS c).

Pode-se afirmar que as estratégias de acesso e o acolhimento junto à população de rua necessitam de reformulações ou métodos para que o sujeito tenha a devida atenção e cuidados quanto a sua saúde mental.

A visão dos profissionais sobre a intersetorialidade

O conceito de intersetorialidade está relacionado ao gerenciamento das políticas setoriais implantadas, estabelecendo as correlações entre os serviços (NASCIMENTO, 2010). Sabe-se que o trabalho entre os setores é fundamental para que possam se desenvolver as parcerias existentes e relevantes entre as redes intersetoriais, e principalmente respondendo as necessidades da população em situação de rua. Logo, descrevem-se os seguintes relatos.

“Conseguimos manter um contato com as unidades e redes mais próximas. Às vezes temos muito a percepção de ouvir e falar como funciona e quando vamos ao campo, consequentemente nos dirigimos aos locais e temos essa troca.” (Profissional 1- CAPS a).

“Nós procuramos fazer um trabalho intersetorial, até nos momentos em que precisamos da assistência social, como a adaptação, procura-se fazer um trabalho intersetorial, sendo esse efetivado, mas há casos em que surgem empecilhos” (Profissional 2 – CAPS b).

“É bem difícil! É difícil porque a gente não [...] o próprio profissional aqui dentro não conhece a rede... [...] é muito difícil realizar, esse trabalho intersetorial aqui no CAPS e em toda a rede” (Profissional 3 – CAPS b).

No relato do profissional 1 percebe-se que o trabalho intersetorial é pouco efetivo, as correlações entre os setores e seu local de trabalho são ainda frágeis, pois diante do exposto desse profissional é possível realizar um trabalho entre setores, no entanto com serviços mais próximos territorialmente. Percebe-se uma contraditoriedade nas falas profissionais 2 e 3, onde o primeiro cita que as relações intersetoriais são efetivas, havendo trocas entre os setores, assim como com os demais serviços da rede de assistência à saúde e social, apesar dos impeditivos. O segundo retrata a dificuldade em realizar essa intersetorialidade, pois como referido em sua fala os profissionais desconhecem as possibilidades existentes no território para que o trabalho se efetive.

Borysow e Furtado (2014) apontam que o trabalho intersetorial requer a conexão entre os setores, ainda mais quando se trata da população de rua que precisa de atenção especial e também de soluções em decorrências dos problemas sociais e da imensa complexidade.

No relato do profissional 4 citado abaixo, a comunicação entre as equipes setoriais nem sempre é efetiva, dificultando que se estabeleça o entendimento entre os seus membros e interferindo nas teias de relações grupais.

“A comunicação entre os serviços ainda é bastante falha, a gente tem noção disso e consegue perceber isso... então eu acho que tem muito para melhorar ainda.” (Profissional 4 – CAPS c).

Esse entrevistado reconhece a fragilidade existente em relação ao trabalho intersetorial, referindo que o primeiro entrave está na falta ou falha na comunicação, dessa forma acarretando em prejuízo aos usuários que necessitam desses serviços.

A comunicação é a chave para o amadurecimento e aperfeiçoamento nas relações intersetoriais, desde que ocorra o apoio e interação da equipe em busca de novas possibilidades (FERREIRA E CASTRO, 2013). O trabalho intersetorial, requer o aprendizado subjetivo, o manejo de lidar com os desafios, propor novas ações perante a equipe, com a finalidade de promover a interação entre os profissionais e pacientes, ainda mais quando se trata de um público vulnerável e suscetível a riscos, e que necessita de uma atenção e cuidado diferenciado (FURLAN E CAMPOS, 2010).

Nesse sentido, outro aspecto vislumbrado no decorrer da pesquisa e apontado pelos pesquisados como um entrave para a intersetorialidade é o pouco preparo por parte de alguns profissionais para o público tema central da pesquisa.

“Hoje em dia a gente tem contato com a casa de passagem, tem contato com as unidades, com a secretaria de assistência, mas ainda tem muitos entraves. Ainda tem muita má vontade dos próprios profissionais, mas a gente está caminhando assim, falando bem geral, precisamos melhorar bastante [...]” (Profissional 4 – CAPS c).

O profissional 4 retrata a ausência da sensibilização por parte de alguns profissionais em acolher o sujeito que vive na rua por não haver articulação entre os setores, resultando na insustentabilidade do trabalho executado em seu serviço, assim como a resistência em atendê-lo, pois o objetivo é prestar o auxílio de modo conjunto priorizando a qualidade de vida. Furlan e Campos (2010) afirmam que se houvesse a visão

humanizada por parte dos profissionais que recebem o morador de rua em seus serviços, facilitaria as correlações intersetoriais e maior compreensão sobre essas.

Supõe-se que deve haver maior interação entre os setores, levando em consideração o processo informativo e gerenciamento participativo multiprofissional, buscando traçar ações que viabilizem o atendimento quanto às necessidades da pessoa que vive na rua.

Políticas Públicas para a população em situação de rua

O morador de rua, representa grande parte da população excluída ou invisível, estando esses segregados socialmente. Na atualidade, sua nomenclatura alterou-se para a população em situação de rua, pois esse não escolhe viver nesse local espontaneamente, mas em virtude dos fatores políticos e sociais. A pessoa que vive na rua é um ser “invisível”, no qual se encontra nessa situação por razões interligadas aos fenômenos políticos, socioeconômicos e psicossociais, e principalmente pela falta desse olhar solidário (ALVAREZ; ALVARENGA; DELLA RINA, 2009).

Apesar do indivíduo que vive na rua encontrar-se à margem da sociedade, existem políticas públicas que o ampara dando-lhe o direito de cidadania. Tratam-se de ações e programas implementados como o programa bolsa família, moradia solidária, aposentadoria, consultórios de rua, política de redução de danos, com o objetivo de oferecer o suporte necessário a essa população (BRASIL, 2009).

Em se tratando das políticas públicas destinadas a população de rua, sendo essas nem sempre efetivas, o profissional 3 refere pouco conhecimento a respeito dos planos, programas, ações e atividades que permeiam e contemplam essa população.

“Olha, eu para te falar bem a verdade não tenho conhecimento assim... Claro, que estudei quando fui fazer a residência, mas a gente não tem e deveria estudar mais sobre as políticas públicas destinadas a essa população” (Profissional 3 – CAPS b).

Já, o profissional 5 menciona os programas específicos ao sujeito que vive na rua, mas que não é eficaz, pois requer estratégias e reformulações que beneficie a essa população de modo geral.

“Os programas do governo federal, como minha casa, minha vida e outros tipos de programas, tem melhorado consideravelmente, mas ainda tem bastante gente que ainda não é atingida por essas políticas, né” (Profissional 5 – CAPS c).

Nesse sentido, Paulon et.al (2011) ressaltam que há pouco preparo por parte dos profissionais quanto a politização e os programas de assistência em saúde mental e social, sendo necessário haver o aperfeiçoamento, principalmente junto a população que vive na rua e carece dessa atenção enquanto ser humano. Por outro lado, há profissionais que lutam para uma efetivação dos programas e ações, isso favorecerá o sujeito que necessita dessa atenção, consiga ter um tratamento mais significativo, pois quando o profissional apropria-se dessas questões, ele estará tornando-se um profissional preparado, e nesse sentido quem sai ganhando são os usuários.

“Estamos nesse principal momento nessa luta, pois os CAPS deveriam seguir a diretriz de redução de danos e não é bem o que acontece [...]” (Profissional 1 – CAPS a).

“Eu penso que há muito que se melhorar ainda. A questão habitacional em Santa Maria, por exemplo, se sabe que existe um grande déficit, principalmente quando precisamos nos manifestar em alguns casos, não conseguimos muito retorno.” (Profissional 2 – CAPS b).

O profissional 1 relata que não ocorrem práticas efetivas na redução de danos no cotidiano de trabalho dos CAPS, onde a equipe multiprofissional tem o papel de minimizar os impactos causados pelo uso abusivo de álcool e drogas, promovendo possibilidades de cuidado e prevenção aos usuários, principalmente ao sujeito que vive na rua por estar exposto aos riscos. Para Conte (2003), a proposta da política intitulada redução de danos é perceber o sujeito em sua subjetividade, tendo como finalidade amenizar os malefícios ocasionados pelo álcool e outras drogas, estando interligada a estratégia dos consultórios de rua, sendo que o papel das equipes multiprofissionais é oferecer a atenção e o cuidado, promovendo a saúde e ressignificação do cotidiano.

O profissional 2, faz referência aos programas assistenciais de habitação, os quais estão ligados a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). A PNAS tem por finalidade propor estratégias protetivas, sendo essas divididas em especial ou básica e, de acordo com as ações de média e alta complexidade, oferecer o suporte necessário para as famílias e/ou indivíduos que se encontram em situação de ameaças ou desrespeito quanto aos seus direitos (BRASIL, 2013).

Outro fato exposto são as dificuldades em trabalhar com esse público devido à falta de dispositivos da rede que vá ao encontro da população, mais especificamente os consultórios de rua. Os consultórios de rua, que tem o intuito de promover e prevenir, seguindo a perspectiva de amenizar os danos ocasionados pelos riscos expostos em seu

local de moradia, prestando o cuidado e atenção, já que grande parte dessa população encontra-se vulnerável (BRASIL, 2012). Dando ênfase ao consultório de rua, o qual é um método estratégico a rede de atenção psicossocial, o profissional 5 evidencia a necessidade desse dispositivo na rede municipal.

“Aqui em Santa Maria, por exemplo, a gente não tem uma equipe de saúde que atue na rua com essa população. Então, a população, ela tem que ir aos serviços de saúde, mas o serviço não vai na rua prestar a atenção a essa pessoa, sendo aqui na cidade apresentada essa situação. Eu acho que seria um dispositivo bem importante, porque a gente passa pelo centro da cidade, mas não pelas periferias, sendo um dos locais com bastante gente em vulnerabilidade” (Profissional 5 – CAPS c).

Na fala do profissional 5 referente a falta de um dispositivo que atue na rua, em que os profissionais devem ir ao encontro do morador de rua para acolhê-lo e cuidá-lo, porém para alguns componentes da equipe multiprofissional se torna um empecilho, por ser algo novo e diferente da sua realidade, algo pouco discutido na formação profissional e ultrapassa as ações aplicadas à saúde, necessitando de estratégias que englobam a gestão em saúde (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as percepções dos profissionais dos CAPS sobre o atendimento a população de rua, observa-se que o acolhimento e acesso nesses serviços, ocorrem em sua grande maioria, por demanda espontânea ou através dos poucos encaminhamentos de outros serviços da rede de assistência e saúde. Percebe-se uma inclinação, por parte de alguns profissionais, sendo essa uma possibilidade efetiva para uma mudança na lógica de acolhimento e atendimento a essa população, pois são pessoas que na maioria das vezes não tem conhecimento sobre a rede de saúde, tampouco seus direitos enquanto cidadão. Evidencia-se a necessidade de colocar em prática as políticas, ações e programa que priorizem o território e trabalhe com a perspectiva de busca ativa, o acolhimento e tratamento dessa população fora dos muros institucionais.

Nota-se que em se tratando do trabalho intersetorial, as interlocuções entre os setores ainda são frágeis, há pouco ou nenhum tipo de diálogo entre os profissionais dos serviços, o que dificulta que os diversos setores reflitam em ações transversais voltadas para a população estudada.

Portanto, a população de rua é amparada por políticas públicas de saúde e de assistência social, mas a grande maioria dos profissionais não tem conhecimento sobre elas e há situações em que não se concretizam pela ausência de dispositivos na rede, sendo esse um fator relacionado à gestão, bem como novos métodos e estratégias por parte dos serviços e profissionais junto a esse público.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A.M.S.; ALVARENGA, A.T.; DELLA RINA, S.C.S.A. Histórias de vidas de moradores de rua, situações de exclusão social e encontros transformadores. *Saúde e Sociedade*, São Paulo. v.18, n.2. p.259-272, 2009.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 4ª Ed. Lisboa, PO: Edições 70, 2010.

BRASIL. *Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, Brasília, 2008. Disponível em: http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2015.

BRASIL. *Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS ANOTADA*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS, Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/lei-organica-de-assistencia-social-loas-annotada-2009/Lei%20Organica%20de%20Assistencia%20Social%20-%20LOAS%20Anotada%202009.pdf/download>>. Acesso em: 30 abr.2015.

BRASIL. *Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 01 mai. 2015.

BRASIL. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2015.

BRASIL. *Política Nacional de Humanização*. – [reimp.]. Ministério da Saúde. Rede Humanizaus, Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2015.

BRASIL. *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais* – [reimp.]. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Secretária Nacional de Assistência Social – SNAS, Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/livros/tipificacao-nacional-de-servicos-socioassistenciais/livro,P20Tipificacao,P20Nacional2014.pdf.pagespeed.ce.Sr_boxOpgi.pdf>. Acesso em: 20 de abr. 2015.

BORYSOW, I.C.; FURTADO, J.P. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, v.48, n.6, p.1069-1076, 2014.

BUENO, Silveira. *Minidicionário da língua portuguesa*. São Paulo: FDT, 2000.

CAMATTA, M.W.; SCHNEIDER, J.F. O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, v.43, n.2, p.393-400, 2009.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Trabalho em equipe. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 35-37, 2007.

CONTE, M. *Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis?*. Trabalho apresentado na Jornada Clínica de Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA) de 2003. “A direção da cura nas toxicomanias: o sujeito em questão”, 17 e 18 de outubro de 2003. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/multicentrica/psicanlise-e-reduo-de-danos>>. Acesso em: 23 de mai. 2015.

COSTA, A.P.M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Revista Virtual Textos e Contextos*, Porto Alegre, v.4, n.4, p.1-15, 2005.

ESTIMATIVA DE MORADORES DE RUA NO BRASIL. Portal, 30 de março de 2012. Disponível em: <<http://moradoresderua.org.br/portal/estimativa-de-moradores-de-rua-no-brasil/#more-41>>. Acesso em: 15 de jul. 2015.

FERREIRA, M. F.; CASTRO, A. B. B. Trabalho em equipe: a importância da comunicação na gestão de uma pequena empresa de serviços e vendas. *Revista Científica Eletrônica Tekne e Logos*, Botucatu, v.4, n.1, abr. 2013.

FURLAN, P. G.; CAMPOS, G. W.S. Os grupos na atenção básica à saúde. *Cadernos HumanizaSUS*, v.2, Brasília: Editora MS, 2010.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos*. 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LONDERO, M.G.P.; CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F.S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface – comunicação, saúde e educação*, Botucatu, v.18, n.49, abr./jun. 2014.

MATEUS, M. D. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). In: MATEUS, M. D. *Políticas de Saúde Mental: baseado no curso políticas públicas de saúde mental do CAPS Luiz R. Cerqueira/ (Org)*. São Paulo: Instituto da Saúde, 2013. p. 139-158. Disponível em: < http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2015.

MENDES, J. M. R.; BULLA, L.C.; PRATES, J.C.; MEDEIROS, M.B.M. A exclusão social como uma das manifestações da questão social no contexto brasileiro. In: BULLA, L. C.; MENDES, J. M. R.; PRATES, J. C. *As múltiplas formas de exclusão social/ (Org)*. Porto Alegre: Federação Internacional de Universidade Católicas – EDIPUCRS, p. 31-54, 2004.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n.101, 95-120, jan./mar.2010.

PAULON, S.M.; GAGUEIRO, A.M.; COSTA, D.F.C; LONDERO, M.F.P; PEREIRA, R.G. Práticas clínicas dos profissionais “PSI” dos centros de atenção psicossocial do vale do rio sinos. *Psicologia e Sociedade*, v.23, p.109-119, 2011.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Revista Latino-America de Enfermagem*, v.13, n.4, p.576-582, jul./ago. 2005.

SILVA, C.C.R. A aliança entre a justiça e a psiquiatria no controle do uso de droga: medicalização e criminalização na berlinda. *Revista EPOS – genealogia, subjetivações e violência*, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.1-24, jan./jun. 2013.

SOUZA, E.C.F.; VILAR, R.L.A.; ROCHA, N.S.P.D.; UCHOA, A.C.; ROCH, P.M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.100-110, 2008.

TAVEIRA, J. C.; ALMEIDA, R. S. A. *O morador de rua de Campo Grande: condições de vida*. Campo Grande: UCB. 2002.