

População em situação de rua e Rede de Atenção Psicossocial: na corda bamba do cuidado

Irismar Karla Sarmento de Paiva¹ (ORCID: 0000-0001-7841-0809) (karla.paiva@yahoo.com.br)

Jacileide Guimarães¹ (ORCID: 0000-0003-4664-5886) (jaciguim@gmail.com)

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN, Brasil.

Recebido em: 17/10/2021 Revisado em: 13/12/2021 Aprovado em: 05/01/2022

Resumo: A interface rua e saúde mental adensa vulnerabilidades, o que dificulta a garantia do direito à saúde. Objetivou-se analisar como se dá a atenção à saúde da População em Situação de Rua no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial em Natal-RN. Pesquisa de campo, qualitativa descritivo-exploratória. Realizou-se grupo focal com 10 profissionais dessa rede e entrevista semiestruturada com 13 pessoas em situação de rua. Os resultados foram submetidos à análise de conteúdo temática, sistematizados em duas categorias: 1) A vida nua da População em Situação de Rua; 2) Os nós da rede e os fluxos de vida da População em Situação de Rua. Tem-se uma invisibilização da população em situação de rua ou uma associação a estigmas e rótulos. Delineia-se o espaço da rua de exceção, vida nua. Nessa condição, essas pessoas enfrentam inúmeras barreiras no acesso à rede no cenário estudado. Destacam-se inúmeros desafios da rede frente às dissonâncias de uma política que ao mesmo tempo que cuida, segrega, isola, tutela, cerca. Identificaram-se entraves que caminham na contramão da Reforma Psiquiátrica brasileira e potencialidades que favorecem sua efetivação resistindo na “corda bamba”.

► **Palavras-chave:** População de rua. Saúde mental. Acesso aos serviços de saúde.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320408>

Introdução

A definição de População em Situação de Rua (PSR) é complexa e sua denominação, polissêmica. No cenário internacional, é mais comum o uso das expressões “sem teto” e “sem abrigo” para designar o fenômeno, representando as especificidades dos contextos histórico, cultural, político, jurídico e econômico desses países (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Nova Zelândia). No Brasil, o termo “população em situação de rua” ressalta o caráter processual da vida nas ruas e expressa mais a situação do sujeito em relação à rua do que a “mera ausência de casa” (PAIVA; RAMOS; GUIMARÃES, 2018).

Há uma falta de dados públicos oficiais sobre essa população, o que acaba por reforçar o processo de invisibilização dessas pessoas. O censo nacional que traz um perfil desse segmento ainda data de 2007 e 2008, sendo identificadas 31.922 pessoas em situação de rua (BRASIL, 2009).

De acordo com os números do Cadastro Único para programas sociais do governo federal de 2019 (ressalte-se que de extrema subnotificação, uma vez que a maioria das pessoas em situação de rua não acessa programas governamentais), registrou-se nos últimos sete anos um aumento de mais de 16 vezes no número de pessoas em situação de rua no Brasil, saltando de 7.368 famílias em 2012 para 119.636 em 2019 (BRASIL, 2019). Um levantamento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) apontou a existência de 222 mil pessoas em situação de rua no Brasil (IPEA, 2020).

Na realidade de Natal-RN, recorte desta investigação, estima-se que existam aproximadamente 2.200 pessoas em situação de rua. Uma pesquisa desenvolvida nos anos de 2013 e 2015 traz o perfil da PSR natalense: gênero masculino (61%), com média de idade entre 26 e 45 anos, solteiros (72,3), ensino fundamental incompleto (50,9%), negros (43,4%), nascidos em Natal (41,5%). Entre os motivos de ida para as ruas, destacam-se diferentes situações, tais como: violência doméstica, ruptura familiares, desemprego, migração, doenças em geral (HIV, doenças mentais etc.), sendo que essas razões não aparecem isoladamente, indicando um quadro complexo e ao mesmo tempo singular em relação à história de vida dessas pessoas (AMORIM; NOBRE; COUTINHO, 2019).

Mister esclarecer que discutir a interface saúde mental e população em situação de rua não implica uma associação simplista; trata-se antes de tudo do reconhecimento

do adensamento de vulnerabilidades que transversaliza essas situações e de identificar políticas e estratégias frente à problemática da exclusão social.

Historicamente, as políticas de saúde, assim como as demais políticas públicas, pouco atuaram junto à PSR, problemática que não é específica do Brasil. Em outros países, com sistemas universais de saúde como o Reino Unido e o Canadá, destacam-se dificuldades de utilização dos serviços por parte dessa população e a existência de barreiras estruturais e comportamentais que comprometem a efetivação do direito à saúde (AGUIAR; IRIART, 2012).

A construção de proposta para o cuidado desse público no âmbito nacional foi resultado do acúmulo dos últimos anos de debate, às experiências exitosas – como a Estratégia Saúde da Família Sem Domicílio e o Programa A Gente na Rua em São Paulo, além das iniciativas religiosas (como a Pastoral do Povo na Rua, em 1970/1980), e, principalmente, devido ao valoroso papel dos movimentos organizados de pessoas em situação de rua (PAIVA *et al.*, 2016).

A “suposta epidemia do *crack*” no ano de 2009 abriu espaço para dar visibilidade a essa população, ainda que pelo olhar higienista, que trouxe consigo uma estratégia de controle social e de criminalização da pobreza. Criou-se um simulacro de “epidemia do *crack*”, que não encontrou evidência científica. Lancetti (2015) critica a lógica epidêmica, denominando-a de “perversa tríade da multicausalidade”, que busca combater: o agente (no caso, o *crack*), hospedeiro (que seria o usuário) e meio ambiente (relativo ao território onde esse sujeito vive), (in)visibilizando o que está por trás do circuito produção-comercialização-judicialização-repressão-terapêuticas-exposições midiáticas.

Nesse contexto, tornou-se prioridade na agenda da Reforma Psiquiátrica o combate ao *crack*, com expansão dos serviços de saúde mental, de atenção básica e ampliação da rede assistencial. Uma das estratégias do Plano Nacional de Enfrentamento ao *crack* foi a criação do consultório de rua, inspirado em uma experiência local bem-sucedida em Salvador-BA (1999). O Consultório de Rua foi designado à coordenação Nacional de Saúde Mental, e *a posteriori* transferido para a coordenação Nacional de Atenção, denominado de Consultório na Rua. Essa mudança se deu em função das reivindicações da População em Situação de Rua, que solicitava ser vista em sua integralidade, para além de problemas relacionados a transtornos psíquicos, álcool e outras drogas (HINO; SANTOS; ROSA, 2018; LIMA; SEIDL, 2015).

As políticas públicas que envolvem a interface rua e saúde mental são por vezes contraditórias; assim, ao mesmo tempo que umas acolhem, outras segregam / excluem (MARTINEZ, 2016).

Apesar de a Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) representar um grande marco da reorientação na forma de cuidado em saúde mental (Lei da Reforma Psiquiátrica n. 10.216/2001), muito ainda há de ser feito para assegurar o cuidado em liberdade, sendo necessário romper com as contradições no âmbito do próprio aparelho do Estado (HINO; ROSA, 2018; RAMOS; PAIVA; GUIMARÃES, 2019).

Destaca-se a desorganização nesse cenário com tantas políticas e programas muitas vezes com racionalidades divergentes sobre o fenômeno. A própria RAPS coaduna serviços não governamentais (Comunidades Terapêuticas) e governamentais (Unidade de Acolhimento), que ainda por cima possuem modelo de cuidado contrastante (RANZONI; COSTA, 2015). Nessa direção, tem-se a fase atual de “Contrarreforma” psiquiátrica, termo que faz alusão à agenda de retrocessos da política de saúde mental iniciada desde 2015. O desmonte se intensificou com a reformulação da Política Nacional de Saúde Mental (Portaria n. 3.588/2017), colocando novamente a centralidade nos hospitais psiquiátricos (manicômios), na ampliação do financiamento e na legitimação das comunidades terapêuticas (NUNES *et al.*, 2019).

Mediante esse cenário, que dificulta a própria efetivação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no território questionamos como se dar o cuidado a população em situação de rua na RAPS? Para refletir sobre essa rede que pode ou não acontecer, a depender de toda uma acrobacia dos trabalhadores e dos serviços, recuperamos a metáfora da corda bamba. O termo foi originalmente usado por Dalmolin (2006) ao estudar as cartografias dos sujeitos com sofrimento psíquico. Aldir Blanc e João Bosco, na música “O bêbado e a equilibrista”, também faz menção a uma esperança equilibrista que resiste na corda bamba.

Concordamos com Martinez (2016), ao afirmar que o projeto de construção da *rede* é empreitada nada simples; são diversos serviços, cada qual com seus projetos institucionais, equipes diferentes, profissionais das mais variadas formações, divergências conceituais, dissonâncias, sendo poucos os consensos. É um constante trilhar na corda bamba.

O presente artigo tem como objetivo analisar como se dá a atenção à saúde da PSR no âmbito da RAPS em Natal-RN. A contribuição do estudo dá-se pela

identificação de formas de re-existência da população em situação de rua em uma capital do Nordeste brasileiro, feito esperança equilibrista na corda bamba de lacunas da atenção em saúde mental, brotando no desassossego, formas de resistência individual e coletiva.

Método

Trata-se de pesquisa de campo com abordagem qualitativa e natureza descritivo-exploratória. Considerando a estruturação da RAPS no município de Natal-RN, selecionaram-se serviços representantes dos cinco Distritos Sanitários locais, bem como dos seguintes componentes da RAPS: Atenção Básica – um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), duas equipes de Consultório na rua (CnaR), um centro de convivência e uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF); Atenção Psicossocial Especializada – um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD) tipo II e tipo III, um CAPS tipo III; Atenção de urgência e emergência – uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) e Atenção Hospitalar – uma Unidade de Atenção Psicossocial localizada em um Hospital Geral.

Os participantes deste estudo são 10 profissionais da RAPS e 13 pessoas em situação de rua usuárias desses serviços, selecionados respeitando-se critérios de inclusão e exclusão. Para inclusão dos trabalhadores, foram observados: atuação na RAPS há no mínimo um ano, experiência em serviço substitutivo de saúde mental, ter mais de 18 anos, disponibilidade e interesse em participar da pesquisa, participação na sessão de grupo focal. Para os usuários, considerou-se ter mais de 18 anos, estar em situação de rua (albergado ou não) e aceitar participar da entrevista semiestruturada. Foram excluídos do estudo os trabalhadores que estavam de férias, licença ou atestado médico no momento da pesquisa de campo e os usuários sem histórico de circulação nos serviços da RAPS.

Para construção dos dados, realizaram-se 22 visitas aos equipamentos de saúde *loci* da investigação, no período de agosto de 2018 a janeiro de 2019, sendo utilizada técnica de grupo focal com os profissionais e entrevistas semiestruturadas com as pessoas em situação de rua.

As entrevistas e o grupo focal foram conduzidos com base em um roteiro elaborado pela pesquisadora principal. A sessão de grupo focal contou com 10 participantes e teve duração de 2h17min. Já as 13 entrevistas totalizaram 4h33min de gravação.

As falas foram gravadas em aparelho celular e MP4 da pesquisadora principal e transcritas pela mesma. Ressalte-se que o tamanho amostral foi condicionado ao critério de saturação teórica (FONTANELLA *et al.*, 2011).

A análise dos dados foi orientada pela proposta operativa de Minayo (2014), resultando na formulação de duas categorias analíticas: 1) A vida nua da População em Situação de Rua; 2) Os nós da rede e os fluxos de vida da População em Situação de Rua.

O artigo é um dos produtos da tese da primeira autora desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HUOL-UFRN) e aprovado sob o Parecer nº 807.659. Atende às recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Visando à confidencialidade e ao anonimato dos participantes do estudo, adotamos a letra “U” para usuário e “P” para profissional.

Resultados e Discussão

A vida nua da População em Situação de Rua

A produção histórica e cultural da exclusão personifica nas pessoas em situação de rua o novo rosto dos desviantes da sociedade, considerada perigosa pelo consumo de álcool e outras drogas, aqueles que desviam do modelo acabam por ser deslocados para a fronteira da humanidade. Toda essa carga simbólica faz parte do processo de criminalização e extermínio das pessoas em situação de rua (ALDEIA, 2018; LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Nesse contexto, delinea-se a vida nua, vida matável. Para Agamben (2010), a vida nua é definida enquanto vida sem valor, na qual os indivíduos são considerados “incuravelmente perdidos”. A vida nua é despojada de todo o direito, assim, encontra-se em constante relação com o poder do soberano, cabendo a esse a decisão sobre o limiar da vida digna ou indigna de ser vivida.

Com essa compreensão, o propósito da associação da “vida nua” com a vida da PSR é destacar as semelhanças dos processos de exclusão e eliminação. Ainda que não possa ser considerada como extremo dessa caracterização, a figura da PSR se aproxima da vida nua. A rua torna-se lugar de exposição, do perigo, da humilhação, do assédio e da violência naturalizada. Os direitos humanos parecem esvanecer e as

vidas de rua são colocadas distante dos humanos, próximo ao estado de animalidade. Desligadas do estatuto jurídico tais vidas se veem desnudas, vítimas de uma violência cotidiana, muitas vezes invisibilizada (DE LUCCA, 2016).

A produção simbólica da vida nua acaba por legitimar a violência. Nessa perspectiva, identificou-se nos serviços da RAPS em Natal-RN elementos que reforçam a estigmatização da PSR, conforme destacam os excertos:

Quando eu cheguei no CAPS eu fui um pouco rejeitado [...] acho que era **sujeira, a doença mental** [...] eu senti desprezo [...] é que as pessoas não estão preparadas para aceitar a doença mental [...] **acha que é safadeza** (U).

Porque vão pela aparência... aí você parecendo um mendigo, você não é ninguém lá (U).

Para Medeiros (2015), a sujeira é eminentemente social e está associada a poluição, impureza, desordem, legitimando hierarquias e procedendo à exclusão.

O discurso psiquiátrico ainda revigora essa concepção, associando a doença mental a um desvio de moralidade e periculosidade social, conforme destacado em “acha que é safadeza”(U). Os desviantes recebem uma marca, um sinal infame que os tornam alvo de preconceito, desprezo, desqualificando-os como seres humanos (BASÁGLIA, 1985) . Becker (2008) já alertava que o desvio é um fenômeno socialmente elaborado e individualmente assimilado através de jogos de papéis sociais.

A PSR em Natal-RN parece está marcada pelo rótulo do viciado, drogado, assim observa-se: “porque de um eles [profissional] passam para outro, ele é um dependente químico [...] para a gente aqui você ainda é um viciado (U)”.

Os termos “viciado”, “dependente químico” são uma produção complexa ancorada em uma lei proibicionista, descabida, contraproducente e lesiva, que serve mais para tolher liberdades do que proteger o cidadão (MEDEIROS, 2015). O uso dessa expressão remete ainda a um contexto proibicionista que caminha na contramão das estratégias de Redução de Danos validadas internacionalmente. Abordagens proibicionistas tem se mostrado insuficiente para resolver as iniquidades em saúde e promover o acesso aos cuidados de saúde para os que estão em situação de rua (PAIVA; RAMOS; GUIMARÃES, 2018).

É preciso desnaturalizar a associação simplista de causa efeito em que toda discussão sobre “drogas” se volta para as ruas. Essas questões implicam muito mais estratégias de subsistência ou alienação da própria situação de rua do que uma condição ou característica que ajuda a definir esse contingente populacional (PAIVA; RAMOS; GUIMARÃES, 2018).

No contexto de guerra ao crack no final dos anos 2000, emergiu a figura do morador de rua personificada na imagem do nóia, do zumbi, e as políticas e projetos de saúde voltados para esse público trazem a marca da ambivalência (MARTINEZ, 2016).

Essa dicotomia também foi identificada na realidade da RAPS em Natal-RN, quando as ações desenvolvidas junto às pessoas em situação de rua oscilam da tutela a caso de polícia, conforme observa-se a seguir:

Ele (PSR) olhava para gente assim oh! Como se não acreditasse que estava sendo acolhido, que ele não era mais invisível, que as pessoas (profissionais) perguntavam para ele, vamos lavar as mãos? Vamos cortar as unhas? você vai ter que lavar as mãos quando for comer, preste atenção, né! Vamos limpar aqui (P).

Melhor acolhido foi lá na UPA [...] Porque atenderam me paparicando, como uma criança (U).

Já chamaram a polícia para mim lá [UBS] [...] os guardas municipais já bateram em mim lá (U).

As duas primeiras falas reforçam um excesso de assistência que tutela e infantiliza as pessoas em situação de rua, indo de encontro ao processo de promoção da autonomia desses sujeitos. No outro extremo, encontra-se a repressão e até mesmo a criminalização dessa população.

Do último relato do usuário acima, destaca-se o reforço a periculosidade e a ideia de “classes perigosas” enquanto parte do processo de uma eliminação lenta e gradual dos grupos excluídos. Coimbra (2001) já alertava para essa associação entre pobreza e classes perigosas que tem sua raiz histórica no processo de urbanização e no higienismo no país, quando se reforçava a crença de que as classes sulbaternizadas eram responsabilizadas pelas doenças, pelos perigos, ameaças e violência. Urge atentar para esse deslizamento conceitual entre pobreza, loucura e “classes perigosas” que acabam por reforçar o processo de exclusão e extermínio da PSR nos dias atuais.

A vida nua se evidencia e a PSR é associada a uma visibilidade perversa que refroça estigmas e preconceitos. Aos olhos dos de fora, “dos estabelecidos”, a rua pode ser interpretada como espaço de vagabundagem, lugar dos desocupados:

Chegavam pessoas e passavam na minha frente . Aí eu ia falar com ela (profissional do acolhimento) ela dizia – você mora na rua? Você tem como esperar e tal -- não é porque eu moro na rua (usuário) que eu deixo de ter alguma coisa para fazer não, tá

Há um polo de pura violência operando no interior das instituições; há outro mais sutil em que se erigem meios de adequação a um modelo de cidadão. Para

aqueles que estão na fronteira da humanidade, justificam-se a violência e a exclusão como sendo necessárias, na primeira, como consequência da finalidade educativa, na segunda, da culpa ou da doença (BASAGLIA, 1985). Assim, as vidas na rua se apresentam como vidas que podem ser violadas, por isso, desperta a atenção não um de um sistema de justiça eficiente, mas do próprio estatuto de matabilidade descrito por De Lucca (2016).

Não é a morte na rua que incomoda os cidadãos, mas a vida, o seu viver incômodo, o morrer lentamente (DE LUCCA, 2016). A presença da PSR nos serviços parece causar incômodos:

Desse homem [PSR] eu [profissional da ESF] não gosto, porque toda vez ele chega aqui muito sujo e o curativo imundo [...] Daí perguntamos (outro profissional da ESF) se ele não tem água para tomar um banho? e ele [usuário] disse: quando me deixam entrar eu tomo banho no cemitério do Alecrim (P).

O difícil equilíbrio na corda bamba se evidencia no discurso acima, no desafio do cuidar sem o imperativo da higiene social. Há de se ressaltar que esses trabalhadores atuam em um território controverso, de um lado o cuidado, de outro a repressão, muitas vezes malformados ou suficientemente (de)formados para atuar em dispositivos voltados a acolher vidas escapadas da miséria da sociedade (LANCETTI, 2016).

Os nós da rede e os fluxos de vida da População em Situação de Rua

A consolidação da Reforma Psiquiátrica, em vários países do mundo, ocorreu com ênfase na construção de uma rede de cuidados. Desde os anos de 1970 e 1980, preconiza-se a descentralização dos serviços e o projeto de universalização aponta para as redes de saúde (MARTINEZ, 2016). Não obstante, há evidências, provindas de vários países, de que as RAS melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde; daí inicia-se um movimento universal em busca da construção de RAS (MENDES, 2011). Nesse rumo, merece destaque a Portaria 3.088/2011, que regulamenta a rede temática (e prioritária) de cuidados em saúde mental: Rede de Atenção (RAPS) (BRASIL, 2011).

Atualmente (período da construção dos dados), o município de Natal possui em sua rede um total de cinco CAPS : o CAPS I II Oeste ; o CAPS II Oeste; o CAPS II AD Norte ; o CAPS III Leste e o CAPS AD 24h Leste (DIÁRIO DE CAMPO, 2019). Em relação ao componente da Atenção Básica, o município possui um centro

de convivência, três equipes de Consultório na Rua, duas equipes de NASFs 1, além das 56 UBS, sendo 70% modelos de ESF (DATASUS, 2018).

Na Atenção de Urgência e Emergência, têm-se: Unidades de Pronto Atendimento (quatro UPAS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além do Pronto-Socorro (PS) do Hospital João Machado (HJM); Atenção residencial em caráter transitório (em fase de construção) e uma Unidade de Acolhimento da Saúde (DATASUS, 2018). E no componente Atenção Hospitalar: enfermarias especializadas em hospitais gerais (HUOL) e leitos disponíveis em hospital geral. Em relação às estratégias de desinstitucionalização, têm-se três Serviços Residenciais Terapêuticos e não foi identificada nenhuma iniciativa referente ao componente de Reabilitação Psicossocial (DATASUS, 2018; RAMOS, 2018).

O município de Natal está dividido em cinco Distritos Sanitários, Norte 1 e 2, Sul, Leste e Oeste, havendo maior concentração dos serviços socioassistenciais e de saúde, mais específicos para a PSR, na zona leste. Ressalta-se que nesse distrito há um grande número de pessoas em situação de rua, dada a proximidade com o centro comercial e com outras instituições que facilitam as táticas de (sobre)viver nas ruas.

Importante destacar que se identificou na Zona Norte de Natal um vazio assistencial referente a esses equipamentos e aos demais serviços da RAPS, conforme destacam os sujeitos da pesquisa:

O desenho [...] é pleno, belo, assim como os princípios do SUS são, são plenos e belos [...], não só a equidade, mas os princípios do SUS são colocados à deriva. Para a RAPS, né, na zona norte, a gente conta apenas com um CAPS AD para uma população de 200 mil habitantes, então de fato é uma rede fragilizada (P).

Porque na realidade nós não somos rede coisa nenhuma, ela é no papel, na prática ela não existe! [...] E para fazer essa ligação, aí somos nós, porque na realidade a rede somos nós! (P).

O discurso dos profissionais acima nos fazem questionar: Que rede vem sendo desenhada? Por que os princípios do SUS estão no horizonte do utópico?

As duas primeiras falas despertam para as iniquidades em saúde advindas de um modelo de descentralização e regionalização desigual que toma por base um território delimitado geograficamente, dificultando o acesso e acessibilidade aos serviços de saúde às camadas sociais mais empobrecidas.

Quanto a acessibilidade e universalidade às ações e serviços do SUS pelas pessoas em situação de rua, pode-se inferir que os princípios do SUS são colocados à deriva, como retratado nas falas.

Sabe-se que os serviços de saúde mental apresentam dificuldades em estabelecer estratégias para acolhimento à PSR. Tal realidade tem a ver com problemas nas equipes e nas políticas públicas. São questões relacionadas à organização de ações na rua e à inflexibilidade destas ao se defrontarem com a complexidade comportamental dessa população, além da ausência de mais espaços substitutivos para acolher tal demanda (BORYSOW; FURTADO, 2013).

Entre as barreiras relativas ao acesso da PSR à RAPS em Natal-RN, destacam-se: estigmas e rótulos que os desqualificam enquanto sujeito de direito (conforme discutido anteriormente); e a noção geográfica de território que limita o atendimento a uma área adscrita:

A rede enxerga os modos visíveis [...] E quando a gente lança essa articulação rede de atenção (psicossocial) com a atenção básica, a gente se depara com algo muito gritante que são os “fora de área” (P).

Na Estratégia (ESF) tem muito a questão da territorialização. Tem que existir? Infelizmente tem porque o SUS é Federal, aí tem que ter a territorialização, aí eu volto a falar dos dados, dos repasses (P).

A expressão “fora de área” faz parte da lógica instituída que utiliza esses termos em uma tentativa de invisibilizar e passar uma impressão equivocada da garantia de acesso, constituindo um grande desafio para reorganização da rede de atenção. Resultados semelhantes foram identificados em estudo sobre a temática, sendo essa população classificada como “ficha extra”, “flutuante” e avulsa” (LIRA *et al.*, 2019).

No último excerto acima, há um reforço a base teórica da RAS orientada por um modelo arborescente que não acompanha a dinâmica do território-vivo (BORGES, 2015).

É possível conferir uso rizomático em relação ao conceito de território como descrito por Deleuze e Guattari (1995). Nessa perspectiva, os atores da saúde consistem em dispositivos clínicos de produção de subjetividades capazes de provocar a diferença no panorama homogeneizante, instituído pelo modo de subjetivação capitalista (GUATTARI; ROLNIK, 1996). No entanto, as estruturas cristalizadas e burocráticas na rede formal de saúde mental em Natal-RN acabam por afastar a PSR. Apesar de a Portaria 940/2011 (BRASIL, 2011) dispensar para a Pop rua e ciganos a apresentação de documentos para atendimento no SUS, a ausência daqueles ainda é impeditivo de acesso:

Tive dificuldades em todos [os serviços da RAPS] porque eu estava sem os documentos (U).

Meu cartão do SUS é um dos tais problemas porque faz mais de mês que eu estou esperando [...] perdi o dia de fazer meu exame [porque] não deixaram eu entrar na sala para fazer o citológico, só com a documentação (U).

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde relacionadas às questões burocráticas do próprio serviço, a exigência de documentação, o número reduzido de profissionais, de estrutura e de insumos, a ausência de residência fixa, a desvalorização social da PSR, além de entraves para a equidade no acesso aos serviços, atendimento restrito à demanda espontânea e limites na atuação intersetorial são aspectos que já vêm sendo debatidos em publicações da área (LIRA *et al.*, 2019; CARNEIRO-JR; JESUS; CREVELIM, 2010).

A corda é tracionada além do constructo teórico-organizativo do processo trabalho em saúde. A PSR, em seus deslocamentos inventivos, traça linhas por vezes invisíveis e empreende trajetórias próprias que não se restringem aos serviços de saúde como lugar privilegiado de busca.

Que nem muitos irmãos (entidades religiosas) fazem aí para quem mora na rua, chega de noite, dois, três carros cheios de comida, que ali não tem ajuda de governo [...] que nem na semana passada trouxeram o carro ali, deram banho, deram roupa a todo mundo (U).

Eu tava com um pessoal que passa na sexta-feira [...] lá no Nordeste (imediações do supermercado), é médico para atender o pessoal de rua [...] passou remédio para pressão que tava alta [...] tem um caldo, banheiro e tudo mais (U).

Os excertos apontam que os usuários buscam pontos alternativos de apoio social em entidades e pessoas ligadas a organizações não governamentais, comunidades e coletivos religiosos. Constata-se que, se por um lado evidencia as táticas de resistência pelas quais as pessoas em situação de rua desenvolvem sua rede de sobrevivência nas ruas; por outro, denuncia as ações pontuais de cunho caritativo (sem desmerecê-las), que ganham espaços na ausência de políticas públicas para essas pessoas, obscurecendo o direito à saúde. Estabelecem-se relações superficiais sem vínculo e sem garantia de continuidade do cuidado.

São, portanto, inúmeros os desafios da RAPS para assegurar a integralidade da atenção à saúde às pessoas em situação de rua, principalmente quando se associam a essa condição o sofrimento psíquico e os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, adensando vulnerabilidades, requerendo da rede novos fluxos, novas possibilidades de encontro com o diferente.

Os desafios para atenção a PSR se amplificam mediante a desarticulação e falta de estruturação da própria RAPS, que ao invés de ser integrada, tem linhas desconectas e pontos isolados formados por serviços que mal se conhecem e fluxos mal definidos, conforme denunciam os profissionais:

Já começa que o ponto já não foi criado como deveria, imagine a ligação (P).

O que tem é desarticulado (P).

Não há uma clareza dos fluxos (P).

Os fluxos da rede não estão bem definidos, dos dez serviços visitados, apenas dois têm fluxos documentais em fase de elaboração. No geral, os fluxos não estão claros. Martinez (2016) já alertava que não existe apenas uma rede mas redes, que a todo tempo se tecem, entre pessoas, casos, papéis, protocolos, materiais, equipamentos, etc. Daí a importância do planejamento das ações, dos estudos de casos, das articulações e parcerias porque elas também movimentam e abrem fluxos.

Os fluxos da rede formal que partem da ESF e dos CnaR em direção aos CAPS parecem estagnados diante da superlotação destes. Essa realidade também foi encontrada nos estudos de Martinhago e Oliveira (2015), que denominaram essa tendência de “capsização”, usando o termo “enCAPSulando”, para expressar a transinstitucionalização dos usuários no CAPS.

Reconhece-se o papel do CAPS como o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, porém essa política não se concretiza apenas com a implantação de um serviço – O CAPS –, mas pela tessitura de uma trama de cuidados que não se faz apenas em um lugar, é tecida em uma ampla rede de alianças, que incluem diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores (REIS, 2010).

A ausência de fluxos bem definidos, de mais espaços, e estruturação dos serviços substitutivos ou de uma rede intersetorial de apoio para acolhimento dessa demanda acabam por reforçar a velha travessia já conhecida do circuito da psiquiatrização

Em uma reunião de um CAPS III, discutiu-se um caso de um usuário que procurou o referido serviço no turno noturno, e a equipe plantonista, por não dispor de um profissional psiquiatra nesse turno, encaminhou de imediato o usuário para um hospital psiquiátrico local – Hospital Dr. João Machado. Observaram-se posturas profissionais ambivalentes mediante essa situação: parte dos profissionais defendia um fluxograma que encaminhava os usuários nos

turnos noturnos e finais de semana (quando o serviço não dispõe de psiquiatra) para o referido hospital psiquiátrico, outra parte manifestava preocupação com esse reforço ao manicômio e apostava em uma abordagem menos medicamentosa e psiquiatrizante (DIÁRIO DE CAMPO, 2019).

Há de se ressaltar que a equipe multiprofissional mínima em CAPS III (funcionamento 24h) é de dois psiquiatras, um enfermeiro (a), cinco profissionais de nível superior – psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo (a) –, oito profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004). Logo, ressentem-se a rede de espaços substitutivos devidamente equipados com recursos humanos e materiais para acolher os sujeitos com sofrimento psíquico. Por outro lado, é preciso atentar para os desejos de manicômios manifestados pela necessidade de controle, de ajustamento social, dando pouca vazão ao sofrimento humano, endereçando-o logo ao seu tradicional lugar indesejado dentro do circuito-crise-emergência-internação (DALMOLIN, 2006).

Evidencia-se o difícil equilíbrio na corda bamba para o cuidado a PSR na RAPS. Há muitas parcerias para serem atadas, pontos que podem ser costurados, caminhos que devem ser desobstruídos para que a rede seja confeccionada. Dentro dessa proposta de engatar pontos, conectá-los, articular serviços, abrir fluxos e estabelecer pontes entre a rua e a rede, destaca-se o trabalho das equipes de Consultório na Rua.

Ao fazer um balanço da RAPS em Natal-RN, o trabalho das equipes de CnaR apareceu como força de resistência, denominada por Lancetti (2015, p. 77) de “novas suavidades [...] não menos intensas, mas sem dúvida mais velozes, que transitam pela dureza, legalista e brutal de uma parte da sociedade que a outra parte não quer ver”. Sobre o trabalho do CnaR, dizem os sujeitos da pesquisa:

A gente (O CAPS AD) tem uma boa articulação com as meninas do consultório(P).

Essas meninas do consultório trabalham bem, são legais, faz o cartão do SUS [...] esse atendimento tá indo bem, não tem preconceito [...] elas gostam de conversar comigo, elas dão risadas, a gente conta piada [...] ver minha pressão, sou bem atendido (U).

Corroborando, estudos destacam a construção de vínculos, a escuta qualificada, a relação dialógica, a intersetorialidade, o trabalho interdisciplinar e o compartilhamento do cuidado como elementos imprescindíveis no trabalho do CnaR (HINO; SANTOS; ROSA, 2018).

Reconhece-se a potência do trabalho do CnaR, mas há dificuldades a serem superadas conforme relataram os profissionais:

Preconceito dos outros serviços com os profissionais que atuam no CnaR; falta de insumos materiais ; grande esforço dos profissionais para responder às demandas dos usuários ; ausência de uma sala própria para a equipe CnaR; dificuldades do trabalho intersetorial e de acesso da PSR aos demais serviços da RAPS; além da fragilidade do vínculo trabalhista mediante a ausência de concursos e plano de carreira para a área (P).

À semelhança dos achados, Kami (2016) encontrou entre os elementos dificultadores do trabalho do CnaR: sofrimento pela falta de respeito aos direitos humanos dos usuários; esforço e luta da equipe para suprir as necessidades do usuário; dificuldades de atendimento dos usuários nas unidades de saúde; falta de aceitação dos usuários na sociedade civil; falta de insumos e materiais para desenvolver o trabalho; e precariedade de apoio de algumas instituições parceiras.

Entre as dificuldades no trabalho do CnaR em Natal-RN está o desconhecimento, pelos demais serviços da rede, do verdadeiro papel desse dispositivo, conforme revela a fala a seguir:

A equipe do CnaR é chamada para transportar a PSR em situações de emergência, quando o transporte deveria ser feito pelo SAMU; para resolverem questões socioassistenciais e, até mesmo, como um “passaporte”, quando a PSR só consegue acolhimento nos demais serviços da RAPS quando acompanhada pela equipe do consultório (P).

Importante ressaltar que um Consultório na Rua tem a função de ordenamento da Rede, inserindo o atendimento das pessoas em situação de rua nos mais variados espaços do SUS e de outras políticas públicas. Atribuir-lhe o papel de serviço especializado em pessoas em situação de rua somente reproduziria a exclusão que essas pessoas já sofrem na cidade (PAIVA; RAMOS; GUIMARÃES, 2018; LOPES, 2014).

São, portanto, inúmeros os desafios enfrentados pelos serviços substitutivos para atenção à saúde da PSR. Apesar das diversas barreiras que caminham na contramão da Reforma, desafia-se a esperança equilibrada a resistir na corda bamba.

Considerações finais

O estudo permitiu-nos conhecer como os serviços da RAPS em Natal-RN têm-se articulado na perspectiva de uma atenção integral à População em Situação de Rua. Mais do que identificar os entraves e limitações dessa rede, procurou-se, no entrelaçar de tramas, também, reconhecer as forças instituintes capazes de

potencializar nova arquitetura das políticas públicas que favoreçam a inclusão da diversidade e a abertura a novas subjetividades.

Buscou-se apontar como a RAPS enxerga a População em Situação de Rua. Em “a vida nua da PSR, o referido público, vem sendo invisibilizado e associado a estigmas e rótulos. Nesse contexto, delinea-se o espaço da rua de exceção, vida matável. Inúmeras barreiras dificultam a promoção do cuidado, e apesar dessas, identificaram-se potencialidades nas forças que resistem na “corda bamba”, no desassossego. Aposta-se mais na sintonia do que nos ruídos para o equilíbrio na “corda bamba” e, no desenvolvimento de práticas de cuidados que resistam enquanto esperança equilibrada em meio às dissonâncias e ambivalências da própria rede.

A resistência também deve partir de uma consciência vigilante do momento político que atravessamos, focando no *front* da defesa da democracia, no combate à fragilização do SUS e na defesa dos princípios da RPb. Ademais, a condição de vida da população de rua coloca no cenário das políticas públicas de saúde mental uma desafiadora situação de iniquidades e avançar na construção de um modelo de atenção voltado a esse segmento populacional vai requerer considerar as diferentes formas de habitar e circular na cidade, adotando estratégias que favoreçam a inclusão da diversidade, abertura a novas subjetividades, uma contraconduta capaz de resistir às investidas e sequestros do poder.

Almeja-se, ainda, trazer a sonoridade das vozes que embalam o fluxo dessa rede e no contafluxo deixar emergir outras falas ávidas por transformação. Assim, esperamos que os resultados deste estudo possam contribuir para a constante (re) formulação de políticas públicas que dialoguem com as reais necessidades das pessoas em situação de rua. Que a rua ouça da cidade um canto, que esse canto ao menos não seja de violência.¹

Referências

AGAMBEN, G. *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I*. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010. 197p.

AGUIAR, M. M.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*, v. 28, n. 1, p. 115-124, 2012.

ALDEIA, J. *A ação moral dos sem-abrigo: dom, laços e subjetivação*. 2018. Disponível em: <https://blogdolabemus.com/2018/09/11/a-acao-moral-dos-sem-abrigo-dom-lacos-e-subjetivacao/>. Acesso em: 15 dez 2020.

- AMORIM, A. K. M. A. *et al.* Direitos Humanos e População em Situação de Rua: investigando limites e possibilidades de vidas. In NOBRE, M.T. *et al.* (orgs). *Vozes, imagens e resistências nas ruas: a vida pode mais!* Natal: EDUFRN, 2019. p. 121-160.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada: um relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. 326p.
- BECKER, H. S. *Outsiders: estudos da sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BORYSOW, I. C.; FURTADO, J. P. Acesso e intersetorialidade: O acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 33-50, 2013.
- BRASIL. Ministério da Cidadania (MC). *População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam?*. Brasília: MC; 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011a. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 jun. 2011a. Seção 1, p. 59.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Rua: aprendendo a contar*. Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua. Brasília: MDL, 2009.
- BRASIL. Portaria n. 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). *Diário Oficial da União* 2011; 28 abr.
- CARNEIRO JÚNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.
- COIMBRA, C. *Operação Rio: o mito das classes perigosas: um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública*. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 2001. 276p.
- DALMOLIN, B. M. *Esperança equilibrista: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 214p.
- DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrrn.def> Acesso em: 27 jul. 2018.

- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, v. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.
- DE LUCCA, D. D. Morte e vida nas ruas de São Paulo: a biopolítica vista no centro. *In: RUI, T.; MARTINEZ, M.; FELTRAN, G. (Orgs.). Novas faces da vida nas ruas*. São Carlos: EdUFSCar, 2016. p.23-43.
- FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 4ª Edição. Petrópolis: vozes, 1996.
- HALLAIS, J. A.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, jul. 2015.
- HINO, P.; SANTOS, J. O.; ROSA, A. S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 71, p. 732-40, 2018. Suplemento1.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil* (setembro de 2012 a março de 2020). Nota técnica nº 73. Brasília: IPEA, 2020.
- KAMI, M. T. M. Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 442-449, maio/jun. 2016.
- LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2016.127p.
- LANCETTI, A. *Contrafratura e plasticidade psíquica*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. 134p.
- LIMA, H. S.; SEIDL, E. M. F. Consultório na rua: atenção a pessoas em uso de substâncias psicoativas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 20, n. 1, p. 57-69, 2015.
- LIRA, C. D. G. *et al.* O acesso da população em situação de rua é um direito negado? *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 23, e1157, 2019.
- LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 973-982, abr. 2014.
- LOPES, L. E. (Org.). *Caderno de atividades: curso atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua com ênfase nas equipes de consultórios na rua*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. 304 f.
- MARTINEZ, M. M. *Redes do cuidado* : etnografia de aparatos de gestão intersetorial para usuários de drogas . São Carlos : UFSCar, 2016. 292 p. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Carlos, 2015.
- MARTINHAGO, F.; OLIVEIRA, W. S. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1273-1284, 2015.

- MEDEIROS, R. P. Bêbados, noiados e moradores de rua: efeitos do proibicionismo e desafio das políticas públicas. In: FERNANDEZ, O. F. R. L.; ANDRADE, M. M.; NERY FILHO, A. (Orgs.). *Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos*. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015, p. 51-65.
- MENDES, A. B.; MUCCI, J. B. F. *O bêbado e a equilibrista*. Álbum linha de passe, 1979.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- NUNES, M. O. *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, 2019.
- PAIVA, I. K. S. *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, ago. 2016.
- PAIVA, I. K. S.; RAMOS, D. K. R.; GUIMARÃES, J. Rompendo com o lugar comum? Limites e possibilidades de inclusão face a interação rua e saúde mental. In: FIGUEIREDO, G. L.; MARTINS, C. H.; AKERMAN, M. (orgs.). *Vulnerabilidades & Saúde: grupos em cena por visibilidade no espaço urbano*. São Paulo: Hucitec; 2018. p. 424-445.
- PASSOS, H. E.; SOUZA, P. T. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.
- RAMOS, D. K. R. *Entre fios e nós: uma análise da Rede de Atenção Psicossocial de Natal-RN*. 2018, 184f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Departamento de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Natal, 2018.
- RAMOS, D. K. R.; PAIVA, I. K. S.; GUIMARÃES, J. Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazer. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 839-852, 2019.
- REIS, N. CAPS: estratégia de produção de cuidados. In: YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010, p.113-160.
- ROMAGNOLI, R. C. *et al.* Intersetorialidade em saúde mental: tensões e desafios em cidades do Sudeste e Nordeste brasileiro. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, v. 17, n. 3, p.157-168, dez. 2017.
- RANZONI, T. M.; COSTA, P. H. A. Desafios para prevenção e tratamento em álcool e outras drogas. In: FERNANDEZ, O. F. R. L.; ANDRADE, M. M.; NERY FILHO, A. *Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos*. Salvador: EDUFBA; Brasília: ABRAMD, 2015. p.155-163.

Nota

¹ I. K. S. de Paiva: concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação e garantia da integridade de qualquer parte da obra, revisão crítica relevante e aprovação da versão final. J. Guimarães: revisão crítica relevante e aprovação da versão final.

Abstract

The homeless population and a psychosocial care network: walking on the tightrope of care

The interface connecting street and mental health increases vulnerabilities, hardening the guarantee of the right to health. The objective was to analyze how the health care of the Homeless Population is provided within the scope of the Psychosocial Care Network in Natal/RN. It is a field, qualitative descriptive-exploratory research. A focus group with 10 professionals from this network was created, and a semi-structured interview with 13 homeless people. The results were submitted to thematic content analysis, systematized into two categories: 1) The raw life of the Homeless Population; 2) The hindrances of the network and the life flows of the Homeless Population. There is an invisibility of this population or an association with stigmas and labels. A street that segregates, a bare life, are outlined. In this condition, these people face numerous impediments in accessing the health network in this scenario. There are numerous challenges faced by this network against the dissonances of a policy that, at the same time, cares for, segregates, isolates, protects, surrounds. Obstacles going against the Brazilian Psychiatric Reform and potentialities that favor its realization were identified, while it finds a way “on the tightrope”.

► **Keywords:** Homeless Population. Mental health. Access to Health Services.

