

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE HUMANIDADES E SAÚDE DE RIO DAS OSTRAS  
DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

LORENA RIBEIRO RANGEL

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E CONSULTÓRIO NA RUA:  
Um olhar da equipe multiprofissional para os invisíveis

Rio das Ostras  
2018

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE HUMANIDADES E SAÚDE DE RIO DAS OSTRAS  
DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

LORENA RIBEIRO RANGEL

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E CONSULTÓRIO NA RUA:  
Um olhar da equipe multiprofissional para os invisíveis

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientador:** Prof. Dr. João Claudino Tavares

Rio das Ostras  
2018

# **POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E CONSULTÓRIO NA RUA:**

Um olhar da equipe multiprofissional para os invisíveis

## **LORENA RIBEIRO RANGEL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. João Claudino Tavares  
Orientador

---

Prof. Dr. Bruno Ferreira Teixeira  
1º Examinador

---

Assistente social Luciano Bragança de Carvalho – 14.814 – 7ª Região  
2º Examinador

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus por essa conquista. Tenho absoluta certeza que sem Ele não chegaria até aqui. Eu Te louvo e agradeço meu Senhor por tudo que Tens feito em minha vida! Toda honra e toda glória sejam dadas somente a Ti!

Agradecer a minha família, meus pais por me apoiarem nesta jornada. Em especial gostaria de agradecer e dedicar este trabalho de conclusão de curso a minha mãe. Ela fez este trabalho ser concluído sem perceber quando trazia lanches, chocolates, remédios para dor de cabeça entre tantas outras coisas que uma super mãe pode fazer pelo seu filho. Muito obrigada Mãe, este trabalho é para você! É a nossa conquista!

Quero agradecer ao meu futuro marido pela paciência, pelos incentivos e pelas orações feitas a Deus por mim. Serei eternamente grata a Deus por ter colocado você em minha vida meu amor. Eu te amo!

Eu louvo e agradeço a Deus pela vida de todos que torceram, oraram por mim desde o início da minha ingresso a faculdade. Gostaria de agradecer as minhas amigas-irmãs que oraram por mim, me incentivaram a não desistir, muito Obrigada! Em especial gostaria de agradecer a uma nova amiga e irmã em Cristo que me ajudou a dar o pontapé neste trabalho: Francisca, muito obrigada! Gostaria de agradecer especialmente a minha amiga mais chegada que irmã Mayara por ter caminhado quase desde o início da faculdade comigo. A UFF me deu oportunidade de conhecer pessoas maravilhosas e você se destaca de todas elas. Louvo a Deus pela sua vida! Obrigada por ficar até tarde da noite estudando comigo, me auxiliando nas correções e em tudo, muito obrigada!

Agradecer a UFF, aos bons professores que tive que me ajudaram a chegar até aqui. Ao meu orientador João Claudino pelos incentivos e ao meu supervisor de campo Luciano que tanto me ensinou na prática como ser uma excelente profissional.

Enfim, eu louvo e agradeço a Deus pela vida de todos que fizeram parte direta e indiretamente deste trabalho com palavras encorajadoras e com orações. MUITO, MUITO, MUITO OBRIGADA!

## RESUMO

O presente trabalho analisa a população em situação de rua e a abordagem da equipe Consultório na Rua no município de Macaé-RJ. É feito o contexto histórico do elemento abordado para saber como se deu cada fenômeno e como a equipe multidisciplinar Consultório na Rua enfrenta esta expressão da Questão Social. Também será discutido o papel do assistente social na equipe multidisciplinar.

**Palavras – chaves: população em situação de rua, consultório na rua, assistente social**

## **ABSTRACT**

The present study analyzes the population in the street situation and the approach of the team in the Street Office in the municipality Of Macaé- RJ. It is made the historical context of the element approached to know how each phenomenon happened and how the multidisciplinary team on the Street Office faces this expression of the Social Question. The role of the social worker in the multidisciplinary team will also be discussed.

**Key words: population in street situation, clinic in the street, social worker.**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>CAPÍTULO 1 – SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL .....</b>	<b>09</b>
1.1 Contexto histórico do Serviço Social no Brasil .....	10
1.2 Atribuições e competências do Assistente Social .....	12
<b>CAPÍTULO 2 – POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA .....</b>	<b>18</b>
2.1 Contexto histórico sobre a população em situação de rua .....	19
<b>CAPÍTULO 3 – CONSULTÓRIO NA RUA .....</b>	<b>27</b>
3.1 População em situação de rua e Consultório na rua no município de Macaé .....	28
3.2 O olhar a partir do estágio supervisionado .....	32
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>47</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) tem como tema a População em situação de rua e o Consultório na rua. Este tema foi escolhido durante a minha experiência no estágio supervisionado obrigatório do curso de Serviço Social que realizei junto a equipe do consultório na rua no município de Macaé.

O estágio realizado tanto no momento da observação quanto na atuação sob a supervisão do assistente social, no período de um ano e meio, nos permitiu perceber o quanto a população em situação de rua é discriminada, negligenciada e pouco assistida pelo poder público.

Diante da demanda que se observa na sociedade em que muitos não conseguem serviços básicos como atendimento médico e assistencial. O programa de Consultório na Rua, que abrange várias áreas de cuidado e bem-estar torna-se relevante para a população em situação de rua.

Em virtude da relevância do tema o primeiro capítulo discute sobre a(o) profissional Serviço Social no Brasil, seu contexto histórico e sobre as atribuições e deveres. O segundo capítulo retrata a população em situação de rua, como surgiu historicamente, quem são essas pessoas, e as leis que asseguram os seus direitos. Por fim, o terceiro capítulo descreve sobre o trabalho no Consultório na Rua, seu contexto histórico, sua chegada ao município de Macaé e como o assistente social trabalha na equipe multiprofissional.



## **CAPÍTULO 1 – SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL**

*“O momento que vivemos é um momento pleno de desafios.  
Mais do que nunca é preciso ter coragem.  
É preciso ter esperanças para enfrentar o presente.  
É preciso resistir e sonhar.  
É necessário alimentar os sonhos  
e concretizá-los dia-a-dia no horizonte  
de novos tempos mais humanos.  
Mais justos. Mais solidários.”*

*(Marilda Yamamoto)*

## 1.1 Contexto histórico sobre Serviço Social no Brasil

O Serviço Social segundo Iamamoto e Carvalho (2005) teve a sua origem dentro da Igreja Católica que visava, de certa forma, preparar a população para o sistema capitalista de produção, acabava sendo uma doutrinação da população. No Brasil, a profissão surgiu em meados de 1930 quando desencadeou o processo de industrialização e urbanização no país. Porém, neste momento a profissão já começava a passar por vários processos de mudanças ideológicas, ficando bem distante do que se apresentava no início quando surgiu na Igreja Católica.

A implantação do Serviço Social se dá no decorrer desse processo histórico. Não se baseará, no entanto, em medidas coercitivas emanadas do Estado. Surge da iniciativa particular de grupos e frações de classes, que se manifestam, principalmente, por intermédio da Igreja Católica (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005, p.127).

Com o sistema capitalista de produção, passou a existir duas classes: a burguesia, que possuía o capital e a classe do proletariado, subordinado ao capital. O proletariado que antes tinha o domínio de todo o processo de produção do seu produto, agora se vê perdendo a sua autonomia, pois passa a vender a sua força de trabalho para o capitalista, já que este detinha todos os materiais necessários para o desempenho do trabalho.

Os burgueses eram os donos das fábricas e para que o seu poder monetário tivesse um crescimento mais expressivo, este aumentava o volume de produção exigindo assim mais do trabalhador, para produzir mais-valia que é a fonte do enriquecimento para o proprietário dos meios de produção; o capitalista.

Com este cenário, e à medida em que o capitalismo se desenvolve a exploração se faz consciência, a classe trabalhadora começa a unir suas forças e juntos passam a lutar por seus direitos, utilizando como forma de luta as greves, barricadas, tornando-se assim uma ameaça para a burguesia e ao Estado, que dá suporte para a reprodução das condições de exploração da classe trabalhadora. Conforme Iamamoto e Carvalho (2005);

A exploração abusiva a que é submetido – afetando sua capacidade vital – e a luta defensiva que o operariado desenvolve aparecerão, em determinado momento, para o restante da sociedade burguesa, como uma ameaça a seus mais sagrados valores, “a moral, a religião e a ordem pública”. Impõe-se, a partir daí, a necessidade do controle social da exploração da força de trabalho. A compra e venda dessa mercadoria especial sai da pura esfera mercantil pela imposição de uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho através do Estado. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2005, p.126)

É a partir deste conflito entre classes que se começa a observar as expressões da Questão Social como o desemprego, a miséria, a fome, falta de moradia. Segundo Netto (2001):

A expressão “questão social”, tem um histórico recente, começou a ser utilizada na terceira década do século XIX, surge para nomear o fenômeno do pauperismo. A pauperização da população trabalhadora é o resultado do capitalismo industrial e cresce da mesma maneira que aumentava a produção (NETTO, 2001, p 42).

A Igreja Católica que antes era forte na superioridade com toda a população se via perdendo a sua autoridade e se alia aos burgueses. Utilizando-se das Encíclicas papais<sup>1</sup> – como a Rerum Novarum, Quadragésimo Anno - a Igreja Católica conseguia recatolizar, controlar o povo, mas a fome, a miséria ainda continuava a crescer. As mulheres dos burgueses, as devotas a Igreja passaram a cuidar dos necessitados e famintos dando-lhes o que comer e vestir, com isso surgiu às damas de caridade.

Este processo, que durante a década de 1920 se desenvolve apenas moderadamente, se acelerará no início da década seguinte, com a mobilização, pela Igreja, do movimento católico leigo. Surgirá o Serviço Social como um departamento especializado da Ação Social, embasado em sua doutrina social (IAMAMOTO; CARVALHO 1982 p. 140).

O Serviço Social se torna, então, uma mediação imprescindível para a classe dominante, a fim de exercer o seu poder sobre a classe trabalhadora por meio do assistencialismo. Em resposta de reivindicações e lutas da classe trabalhadora, o Estado começa a criar as primeiras leis sociais e contrata o assistente social para aplica-las na sociedade.

---

<sup>1</sup> A palavra ‘encíclica’ vem do grego e significa ‘circular’, carta que o Papa enviava às Igrejas em comunhão com Roma, com um âmbito universal, onde empenha a sua autoridade primeiro responsável pela Igreja Católica.

Com o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil e em face da demanda social desde os meados da década de 1990, surge a necessidade de se pensar num projeto pedagógico deste profissional. Conforme define Iolanda Guerra (2009)

Formar profissionais capazes de desvendar as dimensões construtivas da chamada Questão Social, do padrão de intervenção social do Estado nas expressões da Questão Social, do significado e funcionalidade das ações instrumentais a este padrão, através da pesquisa, a fim de identificar e construir estratégias que venham a orientar e instrumentalizar a ação profissional, permitindo não apenas o atendimento das demandas imediatas/ e ou consolidadas, mas sua reconstrução crítica (GUERRA, 2009, p.1).

De acordo com a autora, o Serviço Social teve a sua primeira formulação em 1957 sendo reconhecida e regulamentada em 1962, porém ao longo dos anos a profissão vem buscando definir as suas atribuições e competências com base teórica e metodológica.

Faz-se necessário que o profissional tenha uma natureza investigativa, sabendo usufruir do seu espaço-ocupacional – que é o seu lugar de atuação - que seja acima de tudo qualificado “...Segundo a lei n.8662/1993, exige de o assistente social tornar a pesquisa um elemento constitutivo do seu trabalho profissional, como condição do exercício profissional competente e qualificado” (GUERRA, 2009, p.3), assim como, é necessário que saiba utilizar o seu conhecimento teórico na intervenção nas múltiplas faces da Questão Social constitutiva do processo de reprodução do capital e de suas implicações para a classe trabalhadora.

Um conjunto de deveres e direitos está posto ao assistente social no seu Código de Ética Profissional/1993.

#### **São os deveres do profissional:**

- . Abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizam a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes.
- . Garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais.

- . Democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários.
- . Contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados.
- . Empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais.
- . Denunciar, no exercício da profissão, às entidades de organização da categoria, às autoridades e aos órgãos competentes, casos de violação da lei e dos direitos humanos, quanto a: corrupção, maus tratos, torturas, ausência de condições mínimas de sobrevivência, discriminação, preconceito, abuso de autoridade individual e institucional, qualquer forma de agressão ou falta de respeito à integridade física, social e mental do cidadão.
- . Respeitar a autonomia dos movimentos populares e das organizações dos trabalhadores.

#### **Os direitos do profissional são:**

- . Inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional.
- . Desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional.
- . Ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções.
- . Dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional.
- . Manter o sigilo profissional para proteger o usuário em tudo aquilo de que o assistente social tome conhecimento como decorrência do exercício da atividade profissional.

#### **As competências do assistente social são:**

- . Realizar estudos e pesquisas para avaliar a realidade, emitir parecer social e propor medidas e sociais.
- . Planeja, elabora e executa planos, programas e projetos sociais.
- . Presta assessoria e consultoria a instituições públicas e privadas e a movimentos sociais.
- . Orienta indivíduos e grupos, auxiliando na identificação de recursos e proporcionando o acesso aos mesmos.

- . Realiza estudos socioeconômicos com indivíduos e grupos para fins de acesso a benefícios e serviços sociais.
- . Atua no magistério de Serviço Social e na direção de unidade de ensino e centro de estudos.

O profissional do Serviço Social atua nas políticas sociais<sup>2</sup>, tentando viabilizar os direitos da população no que se refere à saúde, educação, previdência social, habitação, assistência social, na esfera do trabalho, no sistema penal e de medidas socioeducativas para jovens em conflito com a lei, dentre outras. A(O) Assistente Social pode trabalhar nas instituições públicas ou privadas. Estas instituições são: hospitais, escolas, empresas privadas, unidades de saúde, centros de convivência, etc. Para cada demanda, existe um lugar específico, como CREAS, CRAS, CAPS, CENTRO POP, etc. A seguir será exposto o que é cada um e onde se localiza no município de Macaé.

Creas (Centro de Referência Especializado de assistência social) segundo a Secretaria de Desenvolvimento Social:

É uma unidade estatal, pública, que funciona de forma descentralizada, oferecendo serviços e programas no contexto da Política Nacional de Assistência Social, do Sistema Único de assistência Social e da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. O Creas se constitui como unidade de referência e contra referência para a oferta e prestação de Proteção Social Especial de Média Complexidade, de forma articulada com toda a rede de serviços, priorizando e fortalecendo os vínculos familiares e a efetiva proteção da família e seus indivíduos. Oferece serviço de Proteção e atendimento especializado a famílias e indivíduos (PAEFI<sup>3</sup>) que vivenciam situação de risco social ou pessoal por violação de direitos, tais como violência física, psicológica e negligência; Afastamento do convívio familiar devido a aplicação de medida de proteção; Violência sexual: abuso e/ou exploração; Vivência de trabalho infantil; cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida e prestação de serviço à comunidade; indivíduos que vivenciam situação de tráfico de pessoas; discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia e outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminação, submissões a situações que provoquem danos e agravos a sua condição de vida e os impeçam de usufruir da autonomia e bem-estar; Descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa

---

<sup>2</sup> Políticas públicas são conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos (nacionais, estaduais ou municipais) com a participação, direta ou indireta, de entes públicos ou privados que visam assegurar determinado direito de cidadania para vários grupos da sociedade ou para determinado segmento social, cultural, étnico ou econômico.

<sup>3</sup> É um serviço de orientação e acompanhamento de famílias que possuem um ou mais indivíduos em situação de vulnerabilidade, como ameaça ou violação de direitos.

Família<sup>4</sup> e do PETI<sup>5</sup> em decorrência de violação de direitos. (Secretaria de Desenvolvimento Social. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/desenvolvimentosocial/conteudo?id=1771>)

Em Macaé existem duas unidades, uma na Avenida Papa João XXIII, nº 47 – Centro, telefone para contato (22) 2796-1507 / 2796-1102 e o email é [creas.macaerj@gmail.com](mailto:creas.macaerj@gmail.com). A segunda unidade se encontra na Avenida Ari de Carvalho (antiga B, esquina com a rua projetada), s/n, loteamento Bosque Azul – Ajuda, telefone (22) 2796-1239 e o email [creas2@macaee.rj.gov.br](mailto:creas2@macaee.rj.gov.br).

Cras (Centro de Referência de Assistência Social) segundo Ministério do Desenvolvimento Social:

É a porta de entrada da Assistência Social. É um local público, localizado prioritariamente em áreas de maior vulnerabilidade social, onde são oferecidos os serviços de Assistência Social, com o objetivo de fortalecer a convivência com a família e com a comunidade. (Ministério do Desenvolvimento Social. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/cras>)

Após um reconhecimento do território, o Cras promove a organização e articulação das unidades da rede socioassistencial e de outras políticas, possibilitando desta forma o acesso da população aos serviços, benefícios e projetos de assistência social. O Cras oferece o serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF<sup>6</sup>). Oferece também o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV<sup>7</sup>) e Benefício de Prestação Continuada (BPC<sup>8</sup>). Os cidadãos são orientados sobre os benefícios

---

<sup>4</sup> É um programa de transferência direta de renda, direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País, de modo que consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza.

<sup>5</sup> É um Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, uma iniciativa do Governo é um serviço da Proteção Social Básica do SUAS que é ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias realizado por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI) Federal que visa proteger crianças e adolescentes, menores de 16 anos, contra qualquer forma de trabalho, garantindo que frequentem a escola e atividades socioeducativas.

<sup>6</sup> É o principal programa de Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Desenvolve ações e serviços básicos continuados para famílias em situação de vulnerabilidade social na unidade do CRAS.

<sup>7</sup> É um serviço da Proteção Social Básica do SUAS que é ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias realizado por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI)

<sup>8</sup> É um benefício assistencial no valor de um salário mínimo concedido às pessoas idosas acima de 65 anos e pessoas com deficiência incapacitadas para a vida independente e para

assistenciais e podem ser inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. O público alvo desta unidade são família e indivíduos em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, pessoas com deficiência, idosos, crianças retiradas do trabalho infantil, pessoas que estão inseridas no Cadastro Único, os beneficiários do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada, entre outros. No município de Macaé existem sete unidades nos bairros: Botafogo, Barra, Aroeira, Parque Aeroporto, Nova Esperança, Serra e no Novo Visconde.

O Caps (Centro de Atenção Psicossocial) é uma unidade especializada em saúde mental em diferentes modalidades para tratamento e reinserção social de indivíduos com transtorno mental grave e constante. O Caps proporciona um atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne médico, psiquiatra, psicólogo, assistente social, dentre outros profissionais. De acordo com o Ministério da Saúde as modalidades são:

- **CAPS I:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
- **CAPS II:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS i:** Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS ad Álcool e Drogas:** Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS III:** Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- **CAPS ad III Álcool e Drogas:** Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

---

o trabalho, mediante a avaliação médica e social, desde que atendam ao critério de renda per capita inferior a ¼ de salário mínimo.



Em Macaé são encontrados os Caps ad na Rua Tiradentes, número 240, Imbetiba, e o telefone para contato é (22) 2772-2317. O CAPS Betinho que se encontra na Rua Visconde de Quissamã, 482, Centro e o telefone para contato é (22) 2772-5005. E o Caps i – Oficina da Vida que se localiza na Rua Francisco Portela, Centro, com o telefone (22) 2772-4359.

O Centro Pop (Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua) é uma unidade pública com atendimento especializado à população em situação de rua e migrantes que realiza o serviço especializado em Abordagem Social, que nada mais é do que abordagem e busca ativa que identifica no município a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, pessoas em situação de rua, etc. Ele realiza atendimentos individuais e coletivos, oficinas e atividades de convívio e socialização. Esta unidade pode possibilitar o retorno ao lar de origem do usuário, apoio ao mercado de trabalho, abrigo e etc. O Centro Pop se localiza na Rua José Bruno de Azevedo, nº99, Centro. O endereço do Centro Pop pode ser usado como referência do usuário.

O ponto comum entre essas unidades é o trabalho voltado para o atendimento a pessoas em situação de pobreza, de rua. Para esta parcela da população os atendimentos são precários, muitas das vezes negligenciados pela maneira que se encontram. Com o mapeamento do município, profissionais podem e devem articular esses dispositivos para um melhor atendimento para com o usuário.

No próximo capítulo, será tratado sobre esta população em situação de rua que tem os seus direitos negligenciados pelo poder público. É uma população que vem crescendo cada vez nas ruas do Brasil, cujos problemas, a nação brasileira tenta escamotear, esconder para debaixo do tapete, trazendo medidas coercitivas, internação compulsória para resolver este problema social. É uma parcela da sociedade produto das desigualdades, que vivem marginalizados e são excluídos de muitas coisas.

## **CAPÍTULO 2 – POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

*O bicho*

*Vi ontem um bicho  
Na imundície do pátio  
Catando comida entre os detritos.*

*Quando achava alguma coisa,  
Não examinava nem cheirava:  
Engolia com voracidade.*

*O bicho não era um cão,  
Não era um gato,  
Não era um rato.*

*O bicho, meu Deus, era um homem.*

*(Poema de Manoel Bandeira)*

## 2.1 Contexto histórico sobre a população em situação de rua

De acordo com Silva (2009) o fenômeno população em situação de rua surge no final do século XVIII no seio do pauperismo generalizado na qual vivia a Europa Ocidental. Decorrente da “expropriação dos produtores rurais e camponeses e sua transformação em assalariados, no contexto da chamada acumulação primitiva e da indústria nascente” (p.96). Indústria essa que foi incapaz de absorver a mão de obra dos trabalhadores, levando essa população à pobreza e a degradação humana. Porém, no Brasil segundo Alexandre Klaumann, “não há documentos historiográficos que relatem fatos ou dados marcantes sobre a história dos moradores de Rua no Brasil nos primórdios da sociedade brasileira”.

No entanto, como a autora Silva (2009) ressaltou em seu livro, os primeiros estudos feitos sobre a população em situação de rua e as formas de enfrentamento desta complexidade coincidem com as mudanças geradas pelo capitalismo.

No Brasil, não se tem conhecimento de estudos sobre a origem e o resgate histórico do fenômeno, o que não permite comparações entre os períodos anteriores a década de 1990. Entretanto, a realização dos primeiros estudos sobre fenômeno no curso dos anos 1990 e a ampliação das iniciativas de enfrentamento da problemática em algumas cidades brasileiras são reveladores da dimensão alcançada pelo fenômeno, neste período recente da história do País, coincidente com as mudanças provocadas pelo capitalismo, em escala mundial, a partir da segunda metade do decênio de 1970, manifestos no Brasil, mas especificamente, na segunda metade da década de 1990 (SILVA, 2009. p.104).

As mudanças provocadas pelo capitalismo afetam a classe pauperizada, que foi forçada a viverem em situações das mais adversas. Com a saída de casa para procurar emprego em outro município e não obtendo resultado positivo, recebendo esperança de que poderia ser convocado para um emprego, sem condições de ter um teto muitos acabam ficando nas ruas, se tornando cada vez mais ociosos para o trabalho, criando assim o exército industrial de reserva. Marx em seu livro “O Capital” diz o seguinte:

A condenação de uma parte da classe trabalhadora à ociosidade forçada, em virtude do trabalho excessivo da outra parte, torna-se

fonte de enriquecimento individual dos capitalistas e acelera ao mesmo tempo a produção do exército industrial de reserva numa escala correspondente ao progresso da acumulação social (MARX,1988, p.738).

O sistema capitalista produz o exército industrial de reserva – EIR – e beneficia-se deste no processo de exploração da classe trabalhadora como um todo. Este exército industrial de reserva, podemos chamar de superpopulação relativa o que nada mais é do que a categoria de trabalhadores desnecessários para o capital.

A superpopulação relativa existe sob os mais variados matizes. Todo trabalhador dela faz parte durante o tempo em que está desempregado ou parcialmente empregado. [...] Mas, além dessas formas principais que se reproduzem periodicamente assume ela, continuamente, as três formas seguintes: flutuante, latente e estagnada (MARX, 1988, p. 743).

A superpopulação flutuante caracteriza-se pelos trabalhadores “ora repelidos, ora atraídos em quantidade maior, de modo que, no seu conjunto, aumenta o número de empregados, embora em proporção que decresce com o aumento da escala da produção” (MARX, 1988, p. 744). Ou seja, ao mesmo tempo em que se contrata um número de trabalhadores, também são despedidos uma quantidade equivalente de trabalhadores. Um exemplo simples para o entendimento: são empregados jovens e quando chegam à fase adulta são demitidos para outros jovens serem contratados.

A superpopulação latente caracteriza-se pelos trabalhadores rurais que são trocados pelas máquinas, quando a produção capitalista se apodera da agricultura, sendo assim forçados a partirem para área urbana em busca de emprego. “Por isso, parte da população rural encontra-se sempre na iminência de transferir se para as fileiras do proletariado urbano ou da manufatura e na espreita de circunstâncias favoráveis a essa transferência (MARX,1988, p.745).

A superpopulação estagnada “constitui-se parte do exercito de trabalhadores em ação, mas com ocupação totalmente irregular. [...] Sua condição de vida se situa abaixo do nível médio normal da classe trabalhadora e justamente isso torna-a base ampla de ramos especiais de exploração do capital” (MARX,1988, p. 746). Mais conhecido como trabalho a domicílio e este trabalho proporciona os menores salários existentes. “Finalmente, o mais

profundo sedimento da superpopulação relativa vegeta no inferno da indigência, do pauperismo” (MARX,1988, p.746).

O pauperismo, o estado de absoluta pobreza faz parte das perdas da produção capitalista, e sua produção e necessidade são compreendidos na superpopulação relativa e ambos são condição de existência da produção capitalista e do desenvolvimento da riqueza. O pauperismo é produto da lei geral absoluta da acumulação capitalista.

Quanto maiores a riqueza social, o capital em função, a dimensão e energia de seu crescimento e conseqüentemente a magnitude absoluta do proletariado e da força produtiva de seu trabalho, tanto maior o exército industrial de reserva. A força de trabalho disponível é ampliada pelas mesmas causas que aumentam a força expansiva do capital. A magnitude relativa do exército industrial de reserva cresce portanto com as potências da riqueza, mas, quanto maior a massa da superpopulação consolidada, cuja miséria está na razão inversa do suplício de seu trabalho. E, ainda, quanto maiores essa camada de lázaros da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior, usando-se a terminologia oficial, o pauperismo. *Esta é a lei geral, absoluta, da acumulação capitalista* (MARX,1988, p. 747).

É perceptível a drástica mudança na sociedade com a consolidação do capitalismo. Como a classe trabalhadora, construída sob o comando da ordem do capital, em processo, é forçada a lutar pela vida tendo o trabalho assalariado como mediação e a exploração de sua força de trabalho para produzir mais-valia a se apropriada na forma de lucro. Neste processo, muitos trabalhadores são “lançados como refugos humanos em desvãos, buracos, porões e nas espeluncas dos piores quarteirões” (MARX, 1988, p.822)

Por conseguinte, podemos ver outros fatores – que continuam sendo as múltiplas faces da Questão Social - que conduzem a situação de rua, que segundo Silva (2009) são: estruturais, onde consta falta de moradia, falta de - trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social; biográficos, história de vida de cada indivíduo como rupturas dos vínculos familiares, doenças mentais, consumo de álcool e drogas, infortúnios pessoais (mortes de todos os componentes da família, roubos de todos os bens, fuga para outro país); natureza/desastre, terremotos, inundações e etc.

Características que concebe a população em situação de rua conforme Silva (2009) são:

grupo populacional heterogêneo, mas que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, em função do que as pessoas que o constituem procuram os logradouros públicos (ruas, praças, jardins, canteiros, marquises e baixos de viadutos) e as áreas degradadas (dos prédios abandonados, ruínas, cemitérios e carcaças de veículos) como espaço de moradia e sustento, por contingência temporária ou de forma permanente, podendo utilizar albergues para pernoitarem, abrigos, casas de acolhida temporária ou moradias provisórias, no curso da construção de saídas das ruas (SILVA, 2009, p.29).

São características e fatores que marcam o sistema capitalista em qualquer lugar onde se enraíza.

Diante dos fatos dialogados até o presente momento, pode-se notar a constante violação dos direitos que toda pessoa tem como uma vida digna, saúde, habitação e etc, assegurados pela Constituição Federal de 1988:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

O que se pode observar nos tempos atuais é um número crescente de jovens, idosos, crianças nas ruas com seus direitos violados e não tendo recurso, ou dispositivos preparados a colocarem o que diz a constituição em prática por eles. Quando se fala de habitação não é simplesmente um cubículo com quatro paredes e um teto, vai mais além que isso. Entende-se por moradia um local salubre, com mínimas condições à sobrevivência, como por exemplo, saneamento básico, pavimentação, água, tubulação para esgoto, coleta de lixo, luz elétrica, etc. Além de ter segurança, tem que ser num lugar acessível aos serviços públicos básicos, como escola, praça, posto de saúde, ponto de ônibus.

Na pesquisa, para obter mais informação a respeito deste assunto, foi encontrada uma matéria do site Politize<sup>9</sup> sobre o direito a moradia e no final da discussão ela expõe o seguinte:

---

<sup>9</sup> É um site informativo que tem como missão fortalecer a cultura política democrática no Brasil, levando educação política a qualquer pessoa, em qualquer lugar.

O direito à moradia é cumprido? Na última pesquisa internacional feita sobre pessoas em situação de rua, pela ONU em 2005, estimou-se que mais de 100 milhões de pessoas no mundo não tem um lar. [...]. No Brasil, não há tantos números computados sobre. O último foi apurado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em 2008, em 71 cidades brasileiras, no qual o número de pessoas sem moradia chegava a 30 mil – mas é um número bastante relativo, considerando que há mais de 5 mil municípios no Brasil. Em 2013, eram mais de 5 mil pessoas em situação de rua no Rio de Janeiro e por volta de 15 mil em São Paulo. Na cidade do Rio de Janeiro, em 3 anos, o aumento foi de 150%: 14,2 mil pessoas não tem moradia. Há, portanto, um grande desafio dos governos em todo o país de conseguir garantir o direito à moradia a milhares de pessoas no território brasileiro. (MEIRELES, Carla. 2017)

Outro ponto a ressaltar é que não obstante os seus direitos serem violados, a população em situação de rua são vítimas de diversas formas de preconceito, vistos pela sociedade como marginais, vagabundos, indigentes, bandidos, invisíveis. Segundo Enzo Flavio Bazzo (1988):

(...) estão enfeitando as ruas de São Paulo, do Cairo, de Roma, de Brasília, de Nova Iorque... De um momento para outro aparecem... de um momento para outro desaparecem... mágica e misteriosamente. Correr atrás deles é ser perseguido pelo pensamento alucinante de Henry Miller de que AQUILO QUE NÃO ESTÁ EM PLENA RUA É FALSO, INVENTADO, EM OUTRAS PALAVRAS, LITERATURA (BAZZO, 1988, p. 9).

Ao mesmo tempo em que não são vistos pela sociedade nas calçadas, nas ruas, nos sinais pedindo esmola, são vistos pela mesma como “algo que enfeia” as calçadas e as ruas, sendo negado a eles o respeito, a igualdade como estabelece 5º artigo da Política Nacional para a População em situação de rua no decreto nº7053 de 23 de dezembro de 2009, que diz:

Art. 5º. São princípios da Política Nacional para a população em situação de Rua, além da igualdade e equidade: I – respeito a dignidade da pessoa humana; II – direito a convivência familiar e comunitária; III – valorização e respeito à vida e à cidadania; atendimento humanizado e universalidade e V- respeito as condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial as pessoas com deficiência (Política Nacional para a População em Situação de Rua, decreto nº 7053 23/12/2009).

Esta população que é menosprezada por uma boa parte da sociedade, vê a rua como o seu lar, seu porto seguro, encontram ali amigos e família de verdade e optam por se estabilizarem de vez na rua. Porém, existe uma parte

desta população que tem moradia mais optam por ficar na rua, outra parte para conseguir uns trocados.

De acordo com Vieira, Bezerra e Rosa (1994) apresentam-se três situações distintas que caracterizam esta população:

As pessoas que ficam na rua – configuram uma situação circunstancial que reflete a precariedade da vida, pelo desemprego ou por estarem chegando à cidade em busca de emprego, de tratamento de saúde ou de parentes. Nesses casos, em razão do medo da violência e da própria condição vulnerável em que se encontram, costumam passar a noite em rodoviárias, albergues, ou locais públicos de movimento.

As pessoas que estão na rua – são aquelas que já não consideram a rua tão ameaçadora e, em razão disso, passam a estabelecer relações com as pessoas que vivem na ou da rua, assumindo como estratégia de sobrevivência a realização de pequenas tarefas com algum rendimento. É o caso dos guardadores de carro, descarregadores de carga, catadores de papéis ou latinhas.

As pessoas que são da rua – são aquelas que já estão faz um bom tempo na rua e, em função disso, foram sofrendo um processo de debilitação física e mental, especialmente pelo uso do álcool e das drogas, pela alimentação deficitária, pela exposição e pela vulnerabilidade à violência.

Por estes motivos não se pode limitar o que se entende a respeito da população em situação de rua como por dizer que são somente pessoas que estão na rua porque simplesmente escolheram. Bauman (1999) diz:

Que o lamentável sofrimento dos famintos e indolentes é opção *sui generis* deles próprios, que as alternativas estão disponíveis e podem ser alcançadas mas não são adotadas por falta de diligência ou determinação. A mensagem subentendida é que os próprios pobres são responsáveis por seu destino (BAUMAN, 1999, p. 81).

Existem muitos fatores que julgam tal ação de estarem na rua, como por exemplo, doenças mentais, não ter trabalho, etc, como foi relatado até aqui, onde a única semelhança entre eles é a condição de extrema pobreza.

Outro ponto a ressaltar sobre esta população é sobre o uso abusivo de drogas. Muitos antes mesmo de estarem na situação de rua já faziam uso de drogas. Mas outros começaram o uso quando se viram em situação de rua, até mesmo como forma de aproximação para um determinado grupo com o objetivo de se proteger, para se esquentar do frio, e até para esquecer a



situação em que se encontram, ou até mesmo para se sentirem parte da sociedade de modo ilusório.

Assim, para cada sensação de desprazer existe, segundo Birman, a magia da bioquímica e do psicofármaco que, associado à psiquiatria, promete o alívio imediato para todo e qualquer sintoma provocado pelo mal-estar na atualidade, permitindo ao sujeito a participação ilusória nesta sociedade em que a imagem é tudo e a existência é nada (Nascimento, 2008, p. 57).

Vale ressaltar que existem dois grupos de drogas: lícitas e ilícitas. As drogas lícitas são aquelas legalizadas, que são comercializadas livremente e aceitas pela sociedade, como por exemplo, o álcool, cigarro e os remédios. Já as drogas ilícitas são aquelas não legalizadas, a comercialização é proibida pela legislação, como por exemplo, maconha, crack, cocaína, heroína, etc. Tanto a lícita quanto a ilícita, a droga é uma substância capaz de transformar o funcionamento do organismo humano. Existem variedades de drogas, tipos, forma de uso, assim como os efeitos colaterais diversificados, e são capazes de alterar as sensações físicas, emocionais e psíquicas. No site Portal São Francisco<sup>10</sup> delata de forma bem sucinta como classificar as drogas quanto ao tipo de ação e efeito que causam no cérebro dos usuários. Vejamos:

#### **Classificação das drogas quanto ao seu modo de ação no cérebro:**

- Drogas depressoras do sistema nervoso central
- Drogas estimulantes do sistema nervoso central
- Drogas perturbadoras do sistema nervoso central (alucinógenas)

#### **DROGAS DEPRESSORAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL:**

Depressores de ação central ou psicolépticos<sup>11</sup> são substâncias capazes de diminuir as atividades cerebrais, possuindo também alguma propriedade analgésica. Efeito sobre as pessoas: tornam-se sonolentas, lerdas, desatentas e desconcentradas. Nesse grupo temos: Álcool; Benzodiazepínicos (tranquilizantes ou calmantes); Barbitúricos (soníferos); Opiáceos<sup>12</sup>; Solventes.

#### **DROGAS ESTIMULANTES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL:**

---

<sup>10</sup> É um site informativo e aberto a todos os públicos.

<sup>11</sup> Diz-se da substância de cuja aplicação resulta o enfraquecimento das funções psíquicas.

<sup>12</sup> Substância natural ou sintética que deriva do ópio, podendo ser usada com fins medicinais, geralmente para aliviar dores muito fortes.

Estimulantes centrais ou psicoanalépticos são substâncias capazes de aumentar a atividade cerebral. Efeitos: aumento da vigília, da atenção, aceleração do pensamento e euforia. Exemplos: Cocaína; Anfetaminas e seus derivados; Nicotina; Cafeína.

**DROGAS PERTUBADORAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL:** As drogas perturbadoras, alucinógenas, são aquelas relacionadas à produção de quadros de alucinação ou ilusão, geralmente de natureza visual. Efeito: o cérebro passa a funcionar fora do seu normal e sua atividade fica perturbada. Exemplos: Mescalina; Maconha; Psilocibina (de certos cogumelos); LSD; DMT (dimetiltriptamina) (Ayahuasca ou Santo Daime); MDMA (ecstasy); Anticonérgicos naturais (lírio) e sintéticos(exemplo:Bentyl).

Em alguns casos, os efeitos de alguma droga são notórios no usuário. A forma como andam cambaleando, o odor forte de álcool, cigarro, olhos avermelhados, etc. Para uma parte da população é indiferente ver um ser humano neste estado. Muitos invadem a privacidade e o desrespeitando fazendo filmagem e divulgando em redes de comunicação.

Os moradores de rua veem esta como uma única forma de suportar e enfrentar a situação em que se encontram. Eles mexerem no lixo na frente de outras pessoas a procura de alimento, lhes falta de higiene, apresentam cheiro forte são algumas causas que somente fora de si para suportar.

Por outro lado, existe outra parte da população que se importa com essas pessoas e se profissionalizam, ou não, para atender e enfrentar a causa dessas mazelas injustiçadas e humanamente indesejáveis. Com as políticas públicas e recursos certos pode ser feito um ótimo trabalho para com esta população em situação de rua, e um dispositivo que tem mostrado serviço é o Consultório na Rua, em que através da redução de danos tem enfrentado esta expressão da Questão Social em muitos municípios do Brasil. Esta questão é tratada no próximo capítulo.

### CAPÍTULO 3. CONSULTÓRIO NA RUA

*“A nobreza de nosso ato profissional está  
em acolher aquela pessoa por inteiro,  
em conhecer a sua história,  
em saber como chegou a esta situação  
e como é possível construir com ela formas de  
superação deste quadro.*

*Se reduzirmos a nossa prática a uma  
resposta urgente a uma questão premente,  
retiramos dela toda a sua grandeza, pois deixam  
os de considerar, neste sujeito,  
a sua dignidade humana.”*

*(Maria Lúcia Martinelli)*

### **3.1 População em situação de rua e Consultório na rua no município de Macaé**

Na década de 70 a Petrobrás escolheu o município de Macaé para implantar a sua sede e isso acarretou um grande impacto para a região do norte fluminense. Em 1978 a empresa anunciou um dos primeiros informes de contratação de funcionários e em suas exigências consistia: apresentação de documentos de identificação, comprovante de conclusão da 6ª série do ensino fundamental, comprovar experiência mínima de um ano na atividade comprovado em carteira de trabalho, ter no máximo 45 anos de idade e fotos 3x4.

Muitos indivíduos se deslocaram de suas cidades na busca de conseguirem uma contratação, para melhorar as condições de vida de suas famílias. Por não preencherem as exigências obrigatórias para o serviço não foram contratados. Sem emprego e sem dinheiro para voltar a sua terra natal, acabavam ficando a margem da sociedade, dormindo em praças e vielas, contribuindo para o crescendo da população em situação de rua. Como vimos no capítulo anterior, este é um dos fatores que condizem à situação de rua, fator estrutural. De um modo geral, é a expressão da lei geral de acumulação do capital e, de maneira particular, a efetividade do exército industrial de reserva, em todas as suas formas de manifestação.

Em 2010 na Instituição Núcleo Municipal de saúde Mental Juarez Malheiros Chaloub começa a estabelecer um dispositivo chamado Consultório na Rua – instituída pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>13</sup>. Este dispositivo foi criado pelo Nery Filho<sup>14</sup> no início dos anos 90 quando fazia doutorado em sociologia em Paris e conheceu a ONG<sup>15</sup> Médicos do Mundo, que era uma organização francesa formada por profissionais da área de saúde que atendiam pessoas em situação de rua e profissionais do sexo num ônibus equipado como clínica. Voltando para Salvador, a ideia ganhou alguns retornos

---

<sup>13</sup> PNAB é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.

<sup>14</sup> Antônio Nery Alves Filho; coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da UFBA (CETAD). (fonte: CETAD Observa, Observatório Baiano sobre Substâncias Psicoativas.)

<sup>15</sup> Organização Não Governamental.

durante uma reunião com a equipe clínica do CETAD<sup>16</sup> – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - após notarem a falta de meninos e meninas atendidos no centro. Nery Filho observou que a metodologia aplicada não se encaixou nas necessidades destas crianças e jovens. A partir daí Nery Filho passou a ir à Praça da Piedade com o objetivo de observar o ambiente e o modo de vida destes jovens em situação de rua.

Na década de 90, Nery Filho redigiu o projeto do Consultório de Rua que saiu a partir da lógica de redução de danos desenvolvida pelo CETAD, onde a psicóloga Miriam Gracie Plena foi coordenadora por cinco anos. Em entrevista com a CETAD a psicóloga diz que o projeto é uma experiência “extra-muro”, sendo importante que aconteça no ambiente da população em situação de rua, pois assim pode-se criar uma ponte para outros serviços institucionais. Miriam diz: “é um dispositivo que pode articular com a atenção básica, com outros setores como instituições de saúde, enfim, para benefício destas pessoas”.

Os princípios que norteiam o Consultório de Rua são: universalidade, equidade e integridade, respeito ao modo de vida do indivíduo, respeito aos direitos humanos e a utilização da estratégia de redução de danos.

Então, o Consultório de Rua é uma modalidade de atendimento extramuro, dirigindo-se a pessoas em situação de rua, profissionais do sexo, sem fazer acepção de pessoas. Seu funcionamento se consiste em uma equipe multidisciplinar<sup>17</sup> composta por psiquiatra, psicólogo, médico, enfermeiro, cuidador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e assistente social. Alguns dispositivos mais completos se encontram redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais.

As competências de cada profissional na equipe do Consultório na Rua de Macaé são: psiquiatra que investiga a causa orgânica de problemas como, por exemplo, a depressão, a ansiedade e a partir desse diagnóstico prescrever medicamentos para essas doenças; o psicólogo apresenta um conjunto de atividades como acolhimento, psicoterapias, atendimento às crises, elaboração

---

<sup>16</sup> Promove ações que contemplem a atenção aos usuários de Substâncias Psicoativas e seus familiares, a prevenção e redução de riscos e danos, o estudo, a pesquisa e o ensino, com vistas à produção e difusão do conhecimento sobre as múltiplas dimensões do consumo das Substâncias Psicoativas, articulados com outras instituições representativas da sociedade e em consonância com princípios éticos.

<sup>17</sup> É um conjunto de especialistas, em diversas áreas, trabalhando em equipe, em busca de um objetivo comum.

de planos individuais de cuidado, grupos e oficinas, atividade dirigida à reinserção sócia; o médico tem o papel de cuidar da saúde do usuário, prescrever medicamento, encaminhar para a realização de exames, laudos e etc; o enfermeiro acompanha o médico, faz curativo, oferece o medicamento; cuidador tem o papel de cuidar de fato do usuário, oferecendo a homeopatia, ajudando no contato com a equipe e etc; o fisioterapeuta tem o papel de readaptar o usuário a sua forma natural caso este tenha sofrido algum trauma, lesão e precise de uma readaptação, o auxiliando em técnicas para melhor funcionamento do seu corpo; o terapeuta ocupacional tem o papel de ajuda-los a obterem a sua própria renda através de artesanatos, os orienta através da arte reinseri-los na sociedade, trazendo atividades em grupo e etc; por último mas não menos importante o assistente social orienta o usuário na obtenção dos seus direitos criando vinculo com eles, tem a função de mapear o território visando estabelecer parcerias com outros dispositivos da saúde, da educação, da habitação para um atendimento adequado e de qualidade. Como consta na Lei 8.662/93:

Art. 4º. V – Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos.

Todos os profissionais participam da busca, ou seja, todos vão às ruas em busca do usuário. Para realizar esta busca, o Consultório de Rua utiliza um transporte (van, combi) personalizado com a identificação do Consultório na Rua e além do veículo servir para transportar a equipe, é utilizado para transportar os insumos usados para a abordagem, ajudando assim na identificação da equipe.

Um ponto importante sobre o Consultório de Rua é que ao mesmo tempo em que o seu local de abordagem é “móvel”, ou seja, vai em vários lugares, ele tem um ponto de encontro fixo, por exemplo, quando a equipe se desloca para uma praça uma vez por mês, todas as vezes que for a essa praça a equipe estará no mesmo lugar que esteve na primeira abordagem, sendo assim uma área previamente definida pela equipe. Sabendo que a população alvo é flutuante, é de extrema importância que se estabeleça um local, dia e

hora para os encontros, marcando sempre presença, de forma constante para criar referência e vínculo com os usuários.

Quando solicitada, a equipe deve apontar o propósito da presença do Consultório de Rua e quais as características do seu trabalho, distinguindo-o de outras ações desenvolvidas na rua, como de cunho caritativo. Para tanto, entender as diretrizes do Consultório de Rua é de suma importância, vejamos abaixo quais são essas:

Constituir-se como dispositivos públicos componentes da rede de atenção integral em álcool e outras drogas, que ofereçam ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua a usuários com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

- Priorizar o direito ao tratamento de qualidade a todo usuário de álcool e outras drogas, ofertado pela rede de serviços públicos de saúde, assegurando o acesso a ações e serviços compatíveis com as demandas dos usuários.

- Promover ações que enfrentem as diversas formas de vulnerabilidade e risco, especialmente em crianças, adolescentes e jovens.

- Ter como eixo político o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma.

- Atuar a partir do reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e dos padrões de consumo, levando em consideração a estreita relação entre a dinâmica social e os processos de adoecimento.

- Assegurar o cuidado no território, na perspectiva da integralidade, do trabalho em redes, garantido uma atenção diversificada aos usuários de álcool e outras drogas.

- Priorizar as ações dirigidas às crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade, haja vista a iniciação cada vez mais precoce do consumo de substâncias psicoativas e as graves repercussões do seu uso no desenvolvimento psicossocial dos jovens.

- Considerar a rede social de relacionamento da população alvo, como fatores de agravamento ou redução das condições de vulnerabilidade, isto é, levar em conta fatores de risco e de proteção, em cada contexto.

- Incentivar o trabalho de natureza interdisciplinar e enfoque intersetorial, considerando a complexidade que envolve os contextos de vida da população que vive em situação de rua, e a necessidade de ações de atenção integral aos usuários de psicoativos com tais características.

- Manter articulação permanente da rede de saúde e intersetorial visando à sensibilização dos serviços e profissionais da rede para o acolhimento com qualidade aos usuários de drogas em situação de rua.

- Garantir o alinhamento com as diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, do Plano Integrado de Enfrentamento do Crack, da Política Nacional de Saúde Mental, da Política Nacional de DST/AIDS, da Política de Humanização e da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde. (Ministério da Saúde – Consultório de Rua do SUS, 2010, p.12)

Vinculado não só a atenção básica, o Consultório de Rua também atua na saúde mental, habitação, trabalho e renda entre outros.

Sua atuação alcança uma demanda que por vezes não procura os dispositivos e aparelhos públicos por receio de preconceito, em sua maioria são profissionais do sexo, jovens infratores, usuários de drogas, com isso o trabalho desta equipe contribui para que haja no município um local com o olhar diferenciado que viabilize os direitos dos mesmos.

### **3.2 O olhar a partir do estágio supervisionado**

Minha ingressão neste campo para o estágio foi no ano de 2013. Existia uma tensão na equipe, principalmente da parte da coordenação ser médica, pois a visão dela era voltada para a recuperação da saúde do usuário. Já o assistente social, numa equipe multidisciplinar, tem o papel que vai além da recuperação, pois vai de encontro ao enfrentamento da Questão Social, onde o usuário está inserido baseado no seu código de ética, como por exemplo, se o usuário não tem casa, se tiver se é habitável, se tem saneamento básico; se o usuário tem renda suficiente para se manter, se tem alimento e assim por diante.

Nas reuniões semanais com a equipe para discutir sobre os casos, o assistente social começou a se impor, passou a discutir os casos mostrando outra visão da que era estabelecido, criando vínculo com os dispositivos disponíveis para tal solução de uma determinada demanda e assim o atendimento ao usuário teve uma melhora significativa.

A população em situação de rua, maioria dos usuários atendidos pela equipe Consultório na Rua tem casa, mas não falam o endereço. Eles vão para o centro do município para conseguir dinheiro, ficam na rua e só mais tarde retornam para a sua residência. Muitos relatavam algum tipo de maltrato e/ou, desentendimento com a família, abusos e desta forma a rua é o lugar de refugio. Uma outra parte destes usuários foram expulsos de casa, e uma pequena parcela sofria algum transtorno mental deixando assim o convívio familiar mesmo sem o consentimento dos entes queridos.



O Consultório na Rua como dito antes, não é apenas vinculado à atenção básica, mas ligado à saúde mental também e este dispositivo é itinerante, ou seja, ele vai até ao usuário. A primeira abordagem utilizada pela equipe é oferecendo algum material com a proposta voltada para a redução de danos – uma das ações era a ligação das políticas e práticas com intuito de reduzir os danos integrados não só ao consumo de drogas psicoativas, mas reduzir transmissão de doenças, em pessoas que não podem ou não querem parar de consumi-las – como, por exemplo, preservativos, homeopatia, caixinha de suco, bolinho Maria, água.

Quando ocorre a aceitação do usuário pelo material oferecido começa-se então a entrevista, preenchendo uma ficha (em anexo) simples que consta o nome, sexo, idade, a situação do usuário (se é homossexual, morador de rua e etc.), se ele é novo ou antigo atendido pela equipe, a categoria que este se encaixa (usuário de crack, maconha, álcool e etc.) ou se tem problema de saúde. Esta ficha é informal e não sigilosa, como consta na resolução CFESS nº556/2009 de 15 de setembro de 2009:

Art. 4º – Entende-se por material técnico o conjunto de instrumentos produzidos para o exercício profissional nos espaços sócio-ocupacionais, de caráter não sigiloso, que viabiliza a continuidade do Serviço Social e a defesa dos interesses dos usuários, como: relatórios de gestão, relatórios técnicos, pesquisas, projetos, planos, programas sociais, fichas cadastrais, roteiros de entrevistas, estudos sociais e outros procedimentos operativos.

O resultado obtido através desta busca é enviado para o Ministério da Saúde para que este mande mais material a fim de dar continuidade ao trabalho prestado. Esta entrevista tem como objetivo quantificar por pessoa e por doença sobre a população de um determinado município, para que o Ministério da Saúde envie materiais específicos a serem utilizados no público atendido.

MÊS	Nº atual de usuários cadastrados por raça/cor no mês	Nº atual de usuários Cadastrados Pela equipe por idade e sexo no mês	Nº de usuários Atendidos pela equipe CR, por agravos e condições de saúde no mês	Nº de usuários Atendidos pela Equipe CR	Nº de usuários encaminhados Pela equipe CR Para outros serviços
-----	--	--	--	---	---

SET.	Amarelo/ Oriental: 0 Branco: 55 Indígena: 0 Pardo: 72 Preto: 59 <b>Total: 186</b>	<1ano (fem.): 0 <1ano (masc.): 0 1 a 4 anos (fem.): 1 1 a 4 anos (masc.): 0 5 a 6 anos (fem.): 0 5 a 6 anos (masc.): 0 7 a 9 anos (fem.): 0 7 a 9 anos (masc.): 1 10 a 14 anos (fem.): 2 10 a 14 anos (masc.): 0 15 a 19 anos (fem.): 5 15 a 19 anos (masc.): 14 20 a 39 anos (fem.): 35 20 a 39 anos (masc.): 48 40 a 49 anos (fem.): 3 40 a 49 anos (masc.): 28 50 a 59 anos (fem.): 1 50 a 59 anos (masc.): 19 60 anos ou mais (fem.): 5 60 anos ou mais (masc.): 17 <b>Total: 179</b>	Gestante:0 Câncer: 1 Diabetes:9 DST: 1 Hanseníase:1 Hipertensão Arterial: 41 HIV//AIDS:1 Tuberculose:6 Transtornos mentais: 10 Pessoas com sinais e sintomas que apontam violência: 9 Uso prejudicial de crack: 25 Uso prejudicial de outras drogas: 185 <b>Total: 499</b>	<b>321</b>	Ambulatório Especializado: 10 CAPS:1 CAPS AD: 10 CEO (Centro de Especialidades Odontológicas): 4 Centro POP: 9 Comunidade Terapêutica: 0 CRAS: 0 CREAS: 0 Hospital: 0 NASF: 0 Serviço de Urgência e Emergência: 2 UBS: 1 <b>Total: 37</b>
------	---	---	---	------------	---

OUT.	Amarelo/ Oriental: 0 Branco: 28 Indígena: 0 Pardo: 47 Preto: 36 <b>Total: 111</b>	<1ano (fem.): 0 <1ano (masc.): 0 1 a 4 anos (fem.): 0 1 a 4 anos (masc.): 0 5 a 6 anos (fem.): 0 5 a 6 anos (masc.): 0 7 a 9 anos (fem.): 0 7 a 9 anos (masc.): 1 10 a 14 anos (fem.): 0 10 a 14 anos (masc.): 0 15 a 19 anos (fem.): 6 15 a 19 anos (masc.): 4 20 a 39 anos (fem.): 39 20 a 39 anos (masc.): 31 40 a 49 anos (fem.): 6 40 a 49 anos (masc.): 12 50 a 59 anos (fem.): 3 50 a 59 anos (masc.): 4 60 anos ou mais (fem.): 5 60 anos ou mais (masc.): 1 <b>Total: 112</b>	Gestante:0 Câncer: 1 Diabetes:3 Hanseníase:1 Hipertensão Arterial: 15 HIV//AIDS:0 Tuberculose:1 Transtornos mentais: 4 Pessoas com sinais e sintomas que apontam violência: 1 Uso prejudicial de álcool: 115 Uso prejudicial de crack: 9 Uso prejudicial de outras drogas: 102 <b>Total: 251</b>	<b>151</b>	Ambulatório Especializado: 4 CAPS:3 CAPS AD: 2 CEO (Centro de Especialidades Odontológicas): 0 Centro POP: 4 Comunidade Terapêutica: 0 CRAS: 0 CREAS: 0 Hospital: 0 NASF: 0 Serviço de Urgência e Emergência: 0 UBS: 2 <b>Total: 15</b>
------	---	--	--	------------	---

NOV.	Amarelo/ Oriental: 0 Branco: 24 Indígena: 0 Pardo: 31 Preto: 25 <b>Total: 80</b>	<1ano (fem.): 0 <1ano (masc.): 0 1 a 4 anos (fem.): 1 1 a 4 anos (masc.): 0 5 a 6 anos (fem.): 0 5 a 6 anos (masc.): 0 7 a 9 anos (fem.): 0 7 a 9 anos (masc.): 1 10 a 14 anos (fem.): 2 10 a 14 anos (masc.): 0 15 a 19 anos (fem.): 3 15 a 19 anos (masc.): 6 20 a 39 anos (fem.): 11 20 a 39 anos (masc.): 42 40 a 49 anos (fem.): 1 40 a 49 anos (masc.): 10 50 a 59 anos (fem.): 1 50 a 59 anos (masc.): 4 60 anos ou mais (fem.): 0 60 anos ou mais (masc.): 3 <b>Total: 81</b>	Gestante:1 Câncer: 1 Diabetes:0 DST: 2 Hanseníase:0 Hipertensão Arterial: 13 HIV//AIDS:0 Tuberculose:9 Transtornos mentais: 3 Pessoas com sinais e sintomas que apontam violência: 12 Uso prejudicial de álcool: 161 Uso prejudicial de crack: 35 Uso prejudicial de outras drogas: 145 <b>Total: 382</b>	<b>159</b>	Ambulatório Especializado: 8 CAPS:1 CAPS AD: 1 CEO (Centro de Especialidades Odontológicas): 2 Centro POP: 8 Comunidade Terapêutica: 0 CRAS: 0 CREAS: 0 Hospital: 0 NASF: 0 Serviço de Urgência e Emergência: 0 UBS: 0 <b>Total: 20</b>
------	--	---	--	------------	---

Este quadro, referente ao segundo semestre de 2013, enviado pela equipe Consultório na Rua do município de Macaé para o Ministério da Saúde. Ao analisa-lo podemos perceber a diminuição de usuários em alguns pontos como acréscimos em outros.

Através desta entrevista observou-se pela equipe Consultório na Rua que a realidade social da população do município de Macaé é em sua maioria de pessoas alcoólatras e que se prostituem. Pode-se analisar também o índice

de usuários doentes e a variedade de patologias encontradas pela equipe. A questão de não ter moradia, alimentação correta gera e agravam-se doenças como a tuberculose entre outras.

Como a maioria das pessoas classificadas anteriormente estão em situação de rua, as orientações feitas a eles nem sempre são seguidas pelos mesmos. Mas o vínculo feito com eles através da equipe é tão forte que o profissional consegue dar continuidade na observação e na orientação para com os seus usuários.

Outro ponto importante observado neste quadro é o trabalho da equipe com outros dispositivos da atenção básica e saúde. A importância do mapeamento da cidade e o estreitamento de parcerias com outras unidades fornecidas no município traz eficiência no atendimento a população.

Como este trabalho é fruto das experiências vivenciadas durante o período de estágio supervisionado obrigatório com a equipe Consultório na Rua, é de grande valia expor alguns fatos do diário de campo<sup>18</sup> para reafirmar os conceitos discursados neste trabalho tanto sobre a população em situação de rua quanto sobre o profissional assistente social.

Um fato a debruçar é sobre as dinâmicas realizadas pela equipe para a obtenção de mais relatos a respeito da população em situação de rua. Em uma dessas dinâmicas está a roda de conversa, instrumento utilizado para que o usuário possa se sentir mais a vontade para expor suas vivências, dificuldades e desejos. Com a dinâmica podemos analisar o quanto essas pessoas em situação de rua prezam muito pelo coletivo, pelo companheirismo uns com os outros e sobre a falta que sentem do seu lugar de origem e de seus familiares.

A partir desta roda de conversa observa-se a construção histórica da vida de cada indivíduo e assim podemos entendê-lo um pouco mais, ter um olhar mais crítico sobre a sua realidade. Assim como diz Eiras (2004)

“Os grupos” colocam em relevo as múltiplas determinações presentes na produção histórica, ainda que sejam diferentes e desproporcionais em relação ao impacto sobre as vidas dos sujeitos. Ou seja, a determinação econômica, em última instância, não pode ser compreendida isoladamente, sem o conhecimento de outras variáveis presentes no processo histórico. (Eiras, 2004, p.306)

---

<sup>18</sup> O diário de campo é um instrumento de registro completo e preciso das observações dos fatos concretos, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do profissional/investigador, suas reflexões e comentários.

Como citada anteriormente, a ficha é um instrumento imprescindível para que este trabalho seja efetuado com profissionalismo e para que se perpetue é de suma importância que faça o registro e entregue ao Órgão responsável pelos insumos oferecidos para a população como porta de entrada. Os instrumentos utilizados pelos assistentes sociais são de tamanha importância para que se possa trabalhar e ter mais conhecimento sobre o usuário atendido na sua totalidade. É essencial, pois através deles pode-se aproximar da realidade dos usuários e criar um vínculo com eles.

Um fato relevante a respeito sobre o papel do assistente social na equipe multidisciplinar Consultório na Rua analisado através do estágio supervisionado é o mapeamento feito no município de Macaé. Presenciar esta atividade e o vínculo feito com outros dispositivos de diversas áreas foi crucial tanto para o crescimento profissional quanto para a população atendida pela equipe, e para que outros profissionais possam conhecer e auxiliar no caso.

Com o trabalho de acompanhamento da vida nas ruas pode-se perceber, e se questionar profundamente sobre soluções para problemas singularmente criados pela sociedade condicionada à reprodução do capital. Teria jeito de se solucionar no interior das mediações do capital?

Alguns autores acreditam que somente com uma nova forma de se pensar a sociedade, ou seja, quando houver outro modelo econômico para regê-la, será possível solucionar toda e qualquer expressão da Questão Social. o que de fato pode ser feito no tempo atual para solucionar problemas criados pela sociedade condicionada à reprodução do capital é enfrenta-lo com os instrumentos obtidos e oferecidos pelo mesmo e com profissionalismo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente Trabalho de Conclusão de Curso possibilitou uma análise de como a lógica do sistema econômico capitalista contribui para que o indivíduo possa se tornar um morador de rua, através de um sistema falho que prioriza sua acumulação de capital para uma minoria enquanto explora a mão de obra da maioria da população, sem que este possa conseguir o mínimo para sua sobrevivência.

A partir do levantamento bibliográfico para a realização deste trabalho, os autores que trataram este tema fizeram um resgate histórico sobre a população em situação de rua, aonde chegam a um comum acordo que este fenômeno é resultado da sociedade capitalista.

No conflito entre Capital/Trabalho podemos ver enraizado a Questão Social, e as suas múltiplas faces são percebidas e vistas na sociedade como a fome, desemprego, ausência de moradia, precarização na saúde, o pauperismo, etc.

Pode se compreender através desta relação que a população em situação de rua possui diversas determinações resultantes da sociedade capitalista os submetem a condições extremamente precárias de sobrevivência. Através das fontes bibliográficas, foi possível identificar os aspectos expostos pelos autores condizentes com as características das pessoas em situação de rua atendidas pela equipe Consultório na Rua, como por exemplo, a falta de emprego, desentendimento familiar, doença mental, vícios e etc.

Outro ponto identificado é o preconceito que esta população sofre pelas pessoas, desqualificando e culpabilizando pela sua situação, o colocando a margem da sociedade. As pessoas os rotulam como apenas mendigos, e que estão nesta situação porque querem. Este senso comum dificulta ainda mais o enfrentamento desta realidade, porque desta forma acabam impedindo que esta população pauperizada tenha acesso aos seus direitos e a melhoria de vida.

Analisando as desigualdades sociais e como as pessoas que estavam à margem da sociedade eram tratadas, fez-se notória a presença de um dispositivo novo e com um olhar diferenciado para que a sociedade trabalhasse

diretamente com esta população em situação de rua, criou-se então o Consultório na Rua. Este dispositivo é ligado não só a atenção básica mais também a saúde, a habitação, educação entre outros. Com o intuito de fazer melhorias ao município, o Consultório na Rua faz um mapeamento da cidade, criando vínculo com outros dispositivos encontrados.

O ponto interessante do Consultório na Rua é que é um consultório itinerante, ou seja, não fica num único lugar. Com os insumos fornecidos pelo Ministério da Saúde e com a sua flexibilidade de locomoção, a população em situação de rua é atendida como e onde estiver, não sendo negado os seus direitos e serviços.

Outro fato interessante é que a equipe é formada por multiprofissionais capacitados para atender esta população. Mesmo o projeto se fincando mais na área da saúde, é de extrema relevância o trabalho do assistente social neste dispositivo, pois os assistentes sociais aprendem a ter um olhar diferenciado para as demandas na sua totalidade, não trazendo uma solução só para aliviar no momento, mas orientando o seu usuário a dar continuidade a sua qualidade de vida após o problema.

Portanto, através de pesquisas, bibliografias para a realização deste trabalho, podemos perceber o quanto a população em situação é negligenciada desde a implementação do sistema capitalista na sociedade. O quanto são banalizados, ridicularizados, culpabilizados e por vezes excluídos pelo próprio sistema que os sujeitaram a situação em que se encontram.

Percebemos o quanto é importante estudar este fenômeno em todas as áreas de atuação para que se tenha conhecimento deste problema social que vem crescendo cada vez mais. Formidável seria se todos os municípios tivessem acesso ao dispositivo Consultório na Rua, para que todas as unidades estivessem cientes deste fenômeno que está em constante crescimento. Não podemos afirmar que depois de tanto conhecimento a respeito desta população pauperizada irá se extinguir, mas podemos afirmar que teremos mais profissionais no enfrentamento deste problema social.



## Referências Bibliográficas

- . BAUMAN, Z. Globalização: as consequências humanas. Tradução Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- . BAZZO, E.F. Mendigos: Párias ou heróis da cultura? Brasília: Lilith Publicadora & Cia, 1988
- . BESSA, D. *Cidadãos e cidadãs em situação de rua: uma análise de discurso crítica da questão social*. 347 p. Tese (Doutorado em Linguística) – Curso de Pós-Graduação em Linguística, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- . BRASIL. Lei n. 8.662 de 1993. Regulamenta a profissão de assistente social.
- . COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. Revista Virtual Textos & Contextos, nº4, Dezembro, 2005.
- . CRESS. Assistente Social: ética e direitos. Coletânea de leis e resoluções. Rio de Janeiro: Cress 7ª Região, 2000.
- . EIRAS, A. A. L. T. S. Grupos e Serviço Social: explorações teórico-operativas, o caminho a percorrer. Rio de Janeiro, 2004.
- . FRIEDRICH, M. A. O Consultório na Rua enquanto estratégia inovadora para o cuidado aos usuários de drogas. 2012. 69f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.
- . GOVERNO FEDERAL. Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua. Brasília, 2008.
- . GUERRA, Y. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

. IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez;CELATS, 2005.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na Contemporaneidade trabalho e formação profissional. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2000. 326p.

. MARX, K. O Capital, crítica da economia política. Vol.2. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A. 1988.

. MINISTÉRIO DA SAÚDE COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. Ministério da Saúde Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Consultório de rua do SUS. Brasília, 2010

. NASCIMENTO, E.C. Nomadismos contemporâneos: um estudo sobre errantes trecheiros. São Paulo: UNESP, 2008.

. NETTO, J.P. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1992.

. \_\_\_\_\_. Cinco notas a propósito da “questão social”. Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. Nº3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto nº 7.053 de Dezembro de 2009.

. REIS, D. População em situação de rua e a sua relação com o trabalho: as estratégias de sobrevivência utilizadas pelas pessoas em situação de rua. 2012. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Serviço Social) Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

. RIBEIRO, P. A.; TONON, A. S. Os desafios do assistente social para a reinserção da população em situação de rua na sociedade. Presidente Prudente- SP.

. RIO, J. A alma encantadora das ruas: crônicas. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

- . SILVA, M.L.L. Trabalho e população em situação de rua no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009.
- . SILVA, A. C. R; OLIVEIRA, A. G.; OLIVEIRA, J. A.; COELHO, M. E. B.; GARCIA, T. L. A. População em situação de rua: desafios, avanços legais e possibilidades. Presidente Prudente- SP.
- . VIEIRA, B.O. Serviço Social: processos e técnicas. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Agir, 1981.
- . VIEIRA, M. da C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. (Orgs.). População de rua: quem é? Como vive? Como é vista? São Paulo: Hucitec, 1994.
- . ABORDA BRASIL. O que é redução de danos? Disponível em: <<http://abordabrasil.blogspot.com/p/o-que-e-reducao-de-danos.html>>. Acesso em: 15 jun 2018.
- . A ORIGEM DO SERVIÇO SOCIAL. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/pedagogia/a-origem-do-servico-social/24941>>. Acesso em: 23 jan 2018.
- . ANDRADE, D. Políticas Públicas: o que são e para que existem. Disponível em: <<http://www.politize.com.br/politicas-publicas-o-que-sao/>>. Acesso em: 1 jun 2018.
- . ARAÚJO, A. P. Drogas lícitas e ilícitas. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/drogas/drogas-licitas-e-ilicitas/>>. Acesso em: 5 maio 2018.
- . ARQRIO. O que é uma encíclica? Disponível em: <<http://arqrio.org/noticias/detalhes/3243/o-que-e-uma-enciclica>>. Acesso em: 1 jun 2018.
- . BOSCHETTI, I. S. Resolução CFESS N°556/2009. Disponível em: <[http://www.cresspr.org.br/wp-content/uploads/2009/08/Resolucao\\_CFESS\\_556-2009-Lacra\\_o-e-deslacra\\_o.pdf](http://www.cresspr.org.br/wp-content/uploads/2009/08/Resolucao_CFESS_556-2009-Lacra_o-e-deslacra_o.pdf)>. Acesso em: 5 abril 2018.
- . CAIXA. Bolsa Família. Disponível em: <<http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx>>. Acesso em: 1 jun 2018.

. CAIXA. PETI. Disponível em: <<http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/peti/Paginas/default.aspx>>. Acesso em: 1 jun 2018.

. CETAD. O CETAD. Disponível em: <<https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/Cetad/OCetad>>. Acesso em: 18 jun 2018.

. CICILIATI, Erinilza. O que é Questão Social? Disponível em: <<http://servicosocial-erenilza.blogspot.com/2010/10/o-que-e-questao-social.html>>. Acesso em: 02 fev 2018.

. CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. Serviço Social. Disponível em: <<http://www.cressrj.org.br/site/servico-social/>>. Acesso em: 23 jan 2018.

. FLAUSINO, B. Uso de álcool e drogas por moradores de rua tem abordagem equivocada. Disponível em: <<http://www.diariodasaude.com.br/news.php?article=uso-alcool-drogas-moradores-rua-tem-abordagem-equivocada&id=4298>>. Acesso em: 5 maio 2018.

. FRANCISCO, W. C. População em situação de rua. *Brasil Escola*. Disponível em <<https://brasilecola.uol.com.br/brasil/populacao-situacao-rua.htm>>. Acesso em: 17 abril 2018.

. INFOPÉDIA. Psicoléptico. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa-aa/psicol%C3%A9pticos>>. Acesso em: 18 jun 2018.

. INFOPÉDIA. Opiáceo. Disponível em: <<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa-aa/Opi%C3%A1ceos>>. Acesso em: 18 jun 2018.

. LEWGOY, A. M<sup>a</sup>. B; REIDEL, T. Diário de Campo: o que é? Para que serve? Como elaborar. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psicologia/graduacao/servico-social/comgrad/comissao-de-estagios/DiariodecampoModelo.pdf>>. Acesso em: 18 jun 2018.

. MERELES, C. Direito à moradia: todos têm direito a um lar. Disponível em: <<http://www.politize.com.br/direito-a-moradia/>>. Acesso em: 9 maio 2018.

. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Disponível em: <  
<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps>>. Acesso em: 13 mar 2018.

. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Disponível em: <  
<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2011/10/centro-de-referencia-especializado-de-assistencia-social-creas>>. Acesso em: 13 mar 2018.

. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Disponível em: <  
<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/idades-de-atendimento/cras>>. Acesso em: 13 mar 2018.

. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP). Disponível em: <  
<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/idades-de-atendimento/centro-pop>>. Acesso em: 13 mar 2018.

. PORTAL SÃO FRANCISCO. Droga: o que é? Disponível em: <  
<https://www.portalsaofrancisco.com.br/saude/drogas>>. Acesso em: 10 maio 2018.

. PUC - Serviço Social e Assistência Social no Brasil. Disponível em: <  
[http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0510670\\_07\\_cap\\_03.pdf](http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0510670_07_cap_03.pdf)>. Acesso em: 02 fev 2018.

. RODRIGUES, Lucas de Oliveira. Mais-valia. Disponível em: <  
<https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/sociologia/mais-valia.htm>>. Acesso em 02 fev 2018.

. SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. CREAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social. Disponível em: <  
<http://www.macaerj.gov.br/desenvolvimentosocial/conteudo?id=1771>>. Acesso em: 13 mar 2018.

. SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. CRAS Centro de Referência de Assistência Social. Disponível em: <

<http://www.macaee.rj.gov.br/desenvolvimentosocial/conteudo?id=1813>>. Acesso em: 13 mar 2018.

. SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Centro POP. Disponível em: <<http://www.macaee.rj.gov.br/desenvolvimentosocial/conteudo?id=1777>>. Acesso em: 13 mar 2018.

. SENADO FEDERAL. Atividade Legislativa: Art. 5º. Disponível em: <[http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_atual/art\\_5\\_.asp](http://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_atual/art_5_.asp)>. Acesso em: 9 maio 2018.

. SILVA, Anália Barbosa da. SILVA, Diego Tabosa da. SOUZA JUNIOR, Luiz Carlos de. O Serviço Social no Brasil: das origens à renovação ou o “fim” do “início”. Disponível em: <<http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/ec/ecd5a070-a4a6-4ba1-8e4a-81b016479890.pdf>>. Acesso em: 24 jan 2018.

## **Anexos**

### Anexo 1

Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos

#### DECRETO Nº 7.053 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2009.

Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua, a ser implementada de acordo com os princípios, diretrizes e objetivos previstos neste Decreto.

Parágrafo único. Para fins deste Decreto, considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Art. 2º A Política Nacional para a População em Situação de Rua será implementada de forma descentralizada e articulada entre a União e os demais entes federativos que a ela aderirem por meio de instrumento próprio.

Parágrafo único. O instrumento de adesão definirá as atribuições e as responsabilidades a serem compartilhadas.

Art. 3º Os entes da Federação que aderirem à Política Nacional para a População em Situação de Rua deverão instituir comitês gestores intersetoriais, integrados por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, com a participação de fóruns, movimentos e entidades representativas desse segmento da população.

Art. 4º O Poder Executivo Federal poderá firmar convênios com entidades públicas e privadas, sem fins lucrativos, para o desenvolvimento e a execução de projetos que beneficiem a população em situação de rua e estejam de acordo com os princípios, diretrizes e objetivos que orientam a Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Art. 5º São princípios da Política Nacional para a População em Situação de Rua, além da igualdade e equidade:

I - respeito à dignidade da pessoa humana;

II - direito à convivência familiar e comunitária;

III - valorização e respeito à vida e à cidadania;

IV - atendimento humanizado e universalizado; e

V - respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

Art. 6º São diretrizes da Política Nacional para a População em Situação de Rua:

I - promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais;

II - responsabilidade do poder público pela sua elaboração e financiamento;



III - articulação das políticas públicas federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal;

IV - integração das políticas públicas em cada nível de governo;

V - integração dos esforços do poder público e da sociedade civil para sua execução;

VI - participação da sociedade civil, por meio de entidades, fóruns e organizações da população em situação de rua, na elaboração, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;

VII - incentivo e apoio à organização da população em situação de rua e à sua participação nas diversas instâncias de formulação, controle social, monitoramento e avaliação das políticas públicas;

VIII - respeito às singularidades de cada território e ao aproveitamento das potencialidades e recursos locais e regionais na elaboração, desenvolvimento, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas;

IX - implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional; e

X - democratização do acesso e fruição dos espaços e serviços públicos.

Art. 7º São objetivos da Política Nacional para a População em Situação de Rua:

I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;

II - garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua;

III - instituir a contagem oficial da população em situação de rua;

IV - produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede existente de cobertura de serviços públicos à população em situação de rua;

V - desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a população em situação de rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos;

VI - incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento;

VII - implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua;

VIII - incentivar a criação, divulgação e disponibilização de canais de comunicação para o recebimento de denúncias de violência contra a população em situação de rua, bem como de sugestões para o aperfeiçoamento e melhoria das políticas públicas voltadas para este segmento;

IX - proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica;

X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços;

XI - adotar padrão básico de qualidade, segurança e conforto na estruturação e reestruturação dos serviços de acolhimento temporários, de acordo com o disposto no art. 8º;

XII - implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social;

XIII - implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; e

XIV - disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho.

Art. 8º O padrão básico de qualidade, segurança e conforto da rede de acolhimento temporário deverá observar limite de capacidade, regras de funcionamento e convivência, acessibilidade, salubridade e distribuição geográfica das unidades de acolhimento nas áreas urbanas, respeitado o direito de permanência da população em situação de rua, preferencialmente nas cidades ou nos centros urbanos.

§ 1º Os serviços de acolhimento temporário serão regulamentados nacionalmente pelas instâncias de pactuação e deliberação do Sistema Único de Assistência Social.

§ 2º A estruturação e reestruturação de serviços de acolhimento devem ter como referência a necessidade de cada Município, considerando-se os dados das pesquisas de contagem da população em situação de rua.

§ 3º Cabe ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social, fomentar e promover a reestruturação e a ampliação da rede de acolhimento a partir da transferência de recursos aos Municípios, Estados e Distrito Federal.

§ 4º A rede de acolhimento temporário existente deve ser reestruturada e ampliada para incentivar sua utilização pelas pessoas em situação de rua, inclusive pela sua articulação com programas de moradia popular promovidos pelos Governos Federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Art. 9º Fica instituído o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua,

integrado por representantes da sociedade civil e por um representante e respectivo suplente de cada órgão a seguir descrito:

I - Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, que o coordenará;

II - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;

III - Ministério da Justiça;

IV - Ministério da Saúde;

V - Ministério da Educação;

VI - Ministério das Cidades;

VII - Ministério do Trabalho e Emprego;

VIII - Ministério dos Esportes; e

IX - Ministério da Cultura.

§ 1º A sociedade civil terá nove representantes, titulares e suplentes, sendo cinco de organizações de âmbito nacional da população em situação de rua e quatro de entidades que tenham como finalidade o trabalho com a população em situação de rua.

§ 2º Os membros do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua serão indicados pelos titulares dos órgãos e entidades as quais representam e designados pelo Secretário Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República.

Art. 10. O Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua terá as seguintes atribuições:

I - elaborar planos de ação periódicos com o detalhamento das estratégias de implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, especialmente quanto às metas, objetivos e responsabilidades, considerando as propostas elaboradas pelo Grupo de Trabalho Interministerial instituído pelo Decreto de 25 de outubro de 2006;

II - acompanhar e monitorar o desenvolvimento da Política Nacional para a População em Situação de Rua;

III - desenvolver, em conjunto com os órgãos federais competentes, indicadores para o monitoramento e avaliação das ações da Política Nacional para a População em Situação de Rua;

IV - propor medidas que assegurem a articulação intersetorial das políticas públicas federais para o atendimento da população em situação de rua;

V - propor formas e mecanismos para a divulgação da Política Nacional para a População em Situação de Rua;

VI - instituir grupos de trabalho temáticos, em especial para discutir as desvantagens sociais a que a população em situação de rua foi submetida historicamente no Brasil e analisar formas para sua inclusão e compensação social;

VII - acompanhar os Estados, o Distrito Federal e os Municípios na implementação da Política Nacional da População em Situação de Rua, em âmbito local;

VIII - organizar, periodicamente, encontros nacionais para avaliar e formular ações para a consolidação da Política Nacional para a População em Situação de Rua; e

IX - deliberar sobre a forma de condução dos seus trabalhos.

Art. 11. O Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua poderá convidar

gestores, especialistas e representantes da população em situação de rua para participar de suas atividades.

Art. 12. A participação no Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada.

Art. 13. A Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e a Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA prestarão o apoio necessário ao Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua, no âmbito de suas respectivas competências.

Art. 14. A Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República dará apoio técnico-administrativo e fornecerá os meios necessários à execução dos trabalhos do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Art. 15. A Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República instituirá o Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos para a População em Situação de Rua, destinado a promover e defender seus direitos, com as seguintes atribuições:

I - divulgar e incentivar a criação de serviços, programas e canais de comunicação para denúncias de maus tratos e para o recebimento de sugestões para políticas voltadas à população em situação de rua, garantido o anonimato dos denunciantes;

II - apoiar a criação de centros de defesa dos direitos humanos para população em situação de rua, em âmbito local;

III - produzir e divulgar conhecimentos sobre o tema da população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional nas diversas áreas;

IV - divulgar indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a população em situação de rua para subsidiar as políticas públicas; e

V - pesquisar e acompanhar os processos instaurados, as decisões e as punições aplicadas aos acusados de crimes contra a população em situação de rua.

Art. 16. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 23 de dezembro de 2009; 188<sup>o</sup> da Independência e 121<sup>o</sup> da República

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA  
*Tarso Genro*  
*Fernando Haddad*  
*André Peixoto Figueiredo Lima*  
*José Gomes Temporão*  
*Patrus Ananias*  
*João Luiz Silva Ferreira*  
*Orlando Silva de Jesus Júnior*  
*Márcio Fortes de Almeida*  
*Dilma Rousseff*

## **I Oficina Nacional de Projetos de Consultório de Rua – Relatório Final**

Brasília, 10 de fevereiro de 2010

### **I – Apresentação**

Dando continuidade às diretrizes do Plano Emergencial de Acesso ao Tratamento para Usuários de Álcool e outras Drogas (PEAD – 2009/2010), que institui diversas ações como desafios da atenção à pessoa do usuário de álcool e outras drogas em situação de rua, principalmente crianças, adolescentes e jovens, o Ministério da Saúde incentiva a implantação de Consultórios de Rua.

Posteriormente à seleção dos projetos, foi realizada a **I Oficina Nacional de Projetos de Consultório de Rua**, em Brasília, com apoio da Organização Panamericana de Saúde, com o objetivo de desenhar uma moldura mínima para a sistematização do funcionamento da prática. Estiveram presentes coordenadores e representantes dos 14 projetos selecionados, que se tornariam referências nacionais.

### **II – Primeiro momento**

A Oficina foi aberta com um painel sobre os objetivos do Consultório de Rua. Enquanto novo dispositivo da rede de saúde voltado para o enfrentamento do estigma, o fortalecimento do direito de acesso ao tratamento e da qualificação das redes de saúde, adoção de estratégias de redução de danos e reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e padrões de consumo, o Consultório de Rua deve entrar na lógica dos serviços substitutivos do SUS e objetivar:

- ✓ Ações integrais de prevenção e promoção da saúde, sob a lógica da redução de danos;
- ✓ Promover ações que favoreçam a construção e o resgate da cidadania;
- ✓ Prevenção de DST/AIDS/Hepatites Virais;
- ✓ Realizar ações de redução de danos;
- ✓ Promover uma rede de apoio;



- ✓ Facilitar o acesso á rede.

Segundo a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, fenômenos como o grave cenário epidemiológico de consumo, a cultura de exclusão familiar e social da população usuária de álcool e outras drogas em situação de rua, o distanciamento histórico com os serviços da rede de saúde justificam o desenvolvimento de técnicas e práticas mais amplas e territorializadas, como o Consultório de Rua.

Além disso, o baixo acesso aos serviços de saúde está associado ao fato de que, a maioria das ofertas de cuidados apresenta modelos de atenção baseados na abstinência e na internação. Trata-se de uma imposição responsável pela precária demanda por ajuda, bem como pela baixa aderência aos modelos de tratamento existentes, de uma população altamente vulnerável e em situação de riscos, que se encontra seja com dificuldades para paralisar ou moderar o uso, seja sem desejo para fazê-lo.

Foi realizado um panorama do consumo prejudicial de substâncias psicoativas no país, contextualizado por uma visão multidimensional: o usuário, a droga e os aspectos sócio-culturais. Apesar da ausência de pesquisa sobre o número de usuários de crack, houve um consenso do grupo quanto à grande prevalência de uso de crack pela população infanto-juvenil em situação de rua, e a necessidade de intervenções específicas e diferenciadas.

O Consultório de Rua deve ter como referenciais: a singularidade do sujeito, a integralidade do cuidado, a lógica da Redução de Danos, a atuação no território do usuário, o respeito ao modo de viver do sujeito, a intersubjetividade, a cidadania e direitos humanos, o acolhimento e vínculo e, por fim, a intersectorialidade nas ações.

### III – Segundo momento

Foi realizada uma exposição acerca da **Experiência do Consultório de Rua de Salvador**, com relato de importantes características, principalmente sobre o que motivou sua criação, tais como: saída precoce das crianças e adolescentes para fugir de situações de abuso e violência e miséria; busca de alívio de tensões e por ajuda financeira; duplo sofrimento e risco dentro e fora de casa; dramática situação do “lugar nenhum” ou “sem lugar”; falta de alcance e frustração diante da oferta de um modelo de atenção baseado apenas na

abstinência; demanda por uma clínica da rua e em movimento com necessidade de novo setting terapêutico, desterritorializado e com tecnologias livres, baseadas na abordagem do vínculo e do acolhimento.

#### IV – Terceiro momento

Alguns aspectos necessários à implantação do CR foram abordados, enquanto elementos estruturantes, como:

- ✓ O atendimento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, em seus locais de permanência. O vínculo é de extrema importância para a identificação e retaguarda da equipe, influenciando na receptividade da população. A abordagem feita pela equipe deve ser pela via da saúde e da cidadania. O consumo de drogas deve ser compreendido e abordado como uma via secundária. A equipe é a principal tecnologia do Consultório de Rua - assistente social, motorista agente de saúde, médico generalista, psicóloga, redutores de danos.
- ✓ Deve haver um papel fundamental de articulador político, que tenha identidade com o usuário, facilitador das primeiras abordagens. Todos os técnicos deverão procurar construir esse lugar. Os profissionais são sujeitos e atores das práticas tanto quanto o usuário.
- ✓ A equipe precisa ser cuidada para que não “esmoreça”. É preciso construir mecanismos de qualificação e de cuidados contínuos com a equipe – por exemplo, mobilização para lidar com a complexidade, o inesperado, a impotência, a vulnerabilidade física, psíquica e social, a subjetividade e as situações imensuráveis.
- ✓ Trata-se de um modelo de assistência que requer do profissional: flexibilidade, relativização, negociação do modelo. A oferta de serviço deve estar adaptada às especificidades da população. É fundamental a escuta sensível.
- ✓ Há a necessidade de abertura para o estabelecimento de aquiescência com o tráfico para que o Consultório de Rua, dispositivo da saúde, possa circular na área. É preciso se considerar a relação no espaço da rua entre o usuário e o

traficante, e as ofertas paralelas estabelecidas, inclusive antes da saúde se apresentar.

- ✓ A aparência física da equipe pode servir, muitas vezes, como barreira de acesso e aceitação. É preciso uma aproximação de identidade, da equipe com a população atendida.
- ✓ Postura não moralista e isenta de julgamento no tocante à diversidade da população presente – prostitutas, pequenos traficantes, travestis, e outros.
- ✓ Desenvolvimento da noção de território. Trata-se de um trabalho dentro do espaço aberto, de um território que é fora, e que é um território subjetivo, para além do espaço geográfico.
- ✓ As intervenções devem estar baseadas na lógica da Redução de Danos, para que seja facilitada a aproximação da equipe com a população.
- ✓ Há uma diversidade de características da população alvo, conforme cada região. Na prática não há como priorizar somente as crianças e os adolescentes. Haverá uma demanda por parte da população adulta demanda, pois eles estarão também habitando o local, inclusive liderando o mesmo. Eticamente a equipe não pode se privar dessa demanda.
- ✓ Possíveis atividades a serem desenvolvidas: Prevenção das DST/AIDS/Hepatites Virais; demonstração do uso seguro que diminua os riscos e danos à saúde; distribuição de cartilhas informativas; oficinas de educação, de jogos, de dança, de música, de arte, de contagem e narrativa de histórias e de esporte.
- ✓ Oferta de atendimento médico, psicológico e social, com encaminhamento, se for o caso e se o usuário permitir, à rede SUS e SUAS.
- ✓ Identificação das áreas prioritárias para a intervenção.
- ✓ Mapeamento da cidade, abertura de campo, observação sobre a dinâmica do lugar, contatos preliminares com lideranças locais (inclusive com o traficante da área).

- ✓ Articulação com a Atenção Básica (NASF, ESF, SAMU), com o CAPS AD e outros serviços da rede de saúde e ONGs.
- ✓ Criação de programas mais amplos, a partir da avaliação/monitoramento das ações, por meio de instrumentos construídos por Universidade Pública, com a sistematização das práticas em desenvolvimento.
- ✓ O atendimento será realizado a todos que se aproximar do Consultório de Rua, independente de gênero, sexo e idade.
- ✓ Possibilidade de abordagem pela via das DST/AIDS/Hepatites Virais, e não do uso de drogas.

#### V – Quarto momento

Algumas considerações foram tecidas e compartilhadas por todo grupo:

- ✓ Necessidade de assegurar a sustentabilidade das ações, tanto no que se refere à instabilidade de financiamento quanto à questões de ordem jurídicas durante o desenvolvimento das ações.
- ✓ Aspectos legais que assegurem algumas ações da equipe de Consultório de Rua, como a distribuição de insumos (cachimbo para usuários de crack, protetores labiais, camisinhas).
- ✓ Explorar mais o “perfil” dos profissionais para o trabalho sob a lógica da redução de danos e “fora dos muros”.
- ✓ Reuniões semanais para discussão e escuta da equipe.
- ✓ Reunião semanal e anterior ao trabalho de campo (pré-campo), com mínimo de uma hora antes da saída para a rua, com o planejamento das atividades do dia.
- ✓ Reuniões semanais e posteriores ao trabalho de campo (pós-campo), visando a descrição de como aconteceram as intervenções, o precisa ou não ser mudado. Tais reuniões podem acontecer em dia posterior ao dia das intervenções noturnas.

- ✓ Construção de alguma forma de registro (nos moldes de um prontuário) durante ou após as intervenções, adequada ao contexto das intervenções.
- ✓ Incorporação de alguém da comunidade, podendo ser capacitado como redutor de danos.
- ✓ Selecionar para compor os profissionais dos CR, usuários dos CAPS AD que estejam num atendimento não intensivo.
- ✓ Seguir as experiências exitosas da DST/AIDS/Hepatites Virais: usuários como redutores de danos, com discussão acerca da responsabilidade e compromissos.
- ✓ O encaminhamento para CAPS AD ou qualquer outra instituição não pode ser o objetivo principal, podendo ocorrer no decorrer das ações. O Consultório de Rua deve funcionar como ponte.
- ✓ Necessidade de estabelecimento de contato com associações, Ministério Público, Justiça, Segurança Pública e outros parceiros intersetoriais de programas de inclusão social e cultural, no sentido anunciar a existência e objetivos dos serviços e facilitar a integração.
- ✓ Como seria uma estratégia de abordagem de redutores de danos para crianças?
- ✓ Aspecto político das ações: a droga nos grupos de CR é uma questão de sustentabilidade social.
- ✓ Mobilização de familiares de usuários, mesmo que sob a forma de visita domiciliar.
- ✓ Sugestão de manter diálogo com a mídia, no sentido de desfazer a concepção do uso de drogas como doença.
- ✓ Adoção de critérios diferenciados de uso de substâncias psicoativas.
- ✓ Mobilização da rede de saúde que apresentarem resistência.

Foi apresentada a proposta da **Supervisão dos Consultórios de Rua e as normas gerais para seu funcionamento**. A Universidade Federal da Bahia é a instituição responsável pela supervisão dos CR, sob coordenação técnica do Prof. Tarcísio Mattos de Andrade. Os demais supervisores colaboradores foram escolhidos a *posteriori*. Objetivos da supervisão

- a. Supervisionar, monitorar e avaliar as ações
- b. Realizar capacitação (acompanhamento do campo, supervisão clínica e atividade de docência)
- c. Estimular e avaliar a articulação com a rede
- d. Desenvolver estudo e pesquisa
- e. Realizar evento que favoreça o diálogo e a troca de experiência (no final do período de 12 meses) Sugestão: criação de um blog para trocar experiência dos municípios e supervisores.

VII – Sexto momento

Discutiu-se de forma mais aprofundada, sobre os **componentes principais** do Consultório de Rua.

- A. Equipe volante
- B. Veículo amplo
- C. Insumo (proposta em questão)
- D. Rotina de atividade

1. A equipe tem papel fundamental, é o papel instrumento do PCR. Necessita de capacitação e aprimoramento constante.

2. Supervisão, capacitação a partir da demanda da prática.
3. Integrantes da equipe-Saúde mental
4. Atenção Básica
5. Trabalhadores da educação, cultura, esporte, outros

E. Práticas e estratégias de Ação

1. Difundir área atuação
2. Estado do Território
3. Caracterização do público alvo
4. Levantamento de especificidades locais
5. Entrada em campo
6. Ofertas de cuidado
7. Ação de cuidados básicos

8. Demandas clínicas e emergenciais
9. Imunização
10. Prevenção DST
11. Atividade de abordagem, orientação prevenção e assistência
12. Manejo de demandas para tratar em relação ao uso de SPAs
13. Elaboração de PTI
14. Diário de campo
15. Avaliação das ações reuniões de equipe e intersetoriais
16. Supervisão local
17. Monitoramento do MS
18. Relatório bimestral, enviado on line para o MS, com o andamento dos projetos, contendo:
  - a. Identificação da área, clientela e demanda
  - b. Reunião realizada
  - c. Como se deu a entrada em campo
  - d. Outras ações realizadas
  - e. Dificuldades encontradas
  - f. Facilidades
  - g. Sugestões

Ficha catalográfica automática - SDC/BRO

R196p Rangel, Lorena Ribeiro  
População em situação de rua e Consultório na rua: um olhar da equipe multiprofissional para os invisíveis / Lorena Ribeiro Rangel ; João Claudino Tavares, orientador ; Bruno Ferreira Teixeira, coorientador. Rio das Ostras, 2018.  
63 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)-Universidade Federal Fluminense, Instituto de Humanidades e Saúde, Rio das Ostras, 2018.

1. Serviço social no Brasil. 2. População em situação de rua. 3. Consultório na rua. 4. Produção intelectual. I. Título II. Tavares, João Claudino, orientador. III. Teixeira, Bruno Ferreira, coorientador. IV. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Humanidades e Saúde. Departamento Interdisciplinar.

CDD -