



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Trabalho, questão social e serviço social.

O ASSISTENTE SOCIAL NO CONSULTÓRIO NA RUA DE TERESINA (PI)

Lucia Cristina dos Santos Rosa¹
Melissa de Carvalho Soares Lima²

Resumo: O assistente social no Consultório na Rua tem sido demandado a responder a múltiplas necessidades da população em situação de rua. Com o objetivo de explicitar as demandas, explorar as ações desenvolvidas e as respostas construídas, o texto baseia-se em pesquisa bibliográfica, documental e no cotidiano assistencial. Sinaliza para o predomínio de ações de acionamento da alta complexidade.

Palavras-chave: Serviço Social; Consultório na Rua; População em situação de rua.

Abstract: The social worker at the "Office on the Street" has been called upon to respond to the multiple needs of the homeless. In order to show explicit the demands, to explore the developed actions and the constructed answers, the text is based on bibliographical research, documentary and daily care. It signals to the predominance of actions of activation of the high complexity.

Key Words: Social Work; Office on the Street; Homeless.

Introdução

Com o desenvolvimento do SUS, outros entendimentos são construídos sobre necessidades, ações e sobre determinados segmentos sociais, assim como outras respostas são construídas, o que permite que uma pluralidade de sujeitos, até então estigmatizados e invisibilizados, tenham sua identidade múltipla reconhecida, complexificada e contemplada em políticas específicas ou linhas programáticas. O pobre passa a ser concebido como sujeito de direitos, cidadão, no cerne da universalidade, ganhando visibilidade - a pobreza - como um fenômeno multifacetado e pluridimensional (LIMA, 2003). A população em situação de rua, até então associada à condição de pedinte/esmoler e à criminalidade, como parte das classes perigosas, passa a ser apreendida como uma parte da classe trabalhadora que, pelos crescentes processos de empobrecimento, encontra-se em uma “situação-limite” (VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 1994). Pesquisas passam a ser implementadas com o objetivo de melhor conhecer o perfil desse segmento, dando maior visibilidade social a um grupo de pessoas para o qual a sociedade historicamente demandou remoção e invisibilidade, tendo como respostas históricas do Estado, ações relacionadas à

¹ Professor com formação em Serviço Social, Universidade Federal do Piauí, E-mail: luciacsrosa@gmail.com.

² Profissional de Serviço Social, Fundação Municipal de Saúde de Teresina, E-mail: luciacsrosa@gmail.com.

segurança pública ou que fomentaram o estigma, de maneira direta ou indireta, vinculadas aos postulados do: a) **higienismo**, que difunde normas e hábitos, a serem implementados, sobretudo, a partir do reordenamento do espaço urbano, que teve início e foi intensificado nas primeiras décadas do século XX, tendo por alvo o aprimoramento da saúde coletiva e individual, visando obstar a proliferação de epidemias (GOIS JUNIOR, 2007), com explícitos interesses econômicos, para viabilizar a exportação de produtos primários (SINGER, 1988); b) **assistencialismo**, com a intensificação de ações implementadas por instituições benemerentes, no geral, com alguma vinculação religiosa, que desenvolvia atividades voltadas ao abrigo e fornecimento de alimentação como um “favor” e delimitada às ações caritativas, sem o registro do direito; e, c) **institucionalização**, muitas vezes forçada, expressa nas ações de internação, previstas principalmente para crianças e adolescentes pobres, desde o Código de Menor de 1927 e mais recentemente, para os consumidores de substâncias psicoativas, sobretudo o crack.

Em 2009 o Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, divulga os resultados da pesquisa nacional sobre a população em situação de rua, conceituada como

“grupo populacional heterogêneo e constituído por pessoas que possuem em comum a garantia da sobrevivência, por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular” (BRASIL, 2009, p. 19).

quantificada em 31.922 pessoas adultas. Mostra o quão heterogêneo é esse segmento, formado majoritariamente por homens (82%); negros (67%); mais da metade (53%) na faixa etária dos 25 aos 44 anos, ou seja, um público jovem, com baixa escolaridade (14,1% nunca estudou e 48,4% com ensino fundamental incompleto) e, conseqüentemente baixa profissionalização; 60% com histórico de internação em hospitais psiquiátricos, casas de detenção ou abrigo para crianças e adolescentes. Aponta ainda que a maioria dessa população é oriunda do meio urbano, sendo parte considerável (45,7%) originária da cidade, ou do estado (30,3%) em que se encontrava. Os principais condicionantes que determinam sua situação de rua são: o consumo de substâncias psicoativas (35,5%); o desemprego (29,8%) e os conflitos familiares (29,1%), os quais comumente aparecem associados. Com relação às condições de saúde, 29,7% afirmou apresentar algum problema de saúde, no geral associado à hipertensão (10,1%); transtorno mental (6,1%); diabetes (5,4%) e AIDS 5,1%).

Foi constatado que a maioria dessa população apresenta muitas dificuldades no acesso à saúde. Nesse contexto, priorizando crianças e adolescentes em situação de rua envolvidas no consumo de substâncias psicoativas, o Ministério da Saúde lança edital para financiamento de projetos dos Consultórios de Rua (PCR), a partir de 2009, para municípios com mais de duzentos mil habitantes, como parte constitutiva do Plano Emergencial do

Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas – PEAD. Vinculado à Coordenação Nacional de Saúde Mental, a partir da Portaria nº 1.190, de 2009, o objetivo é “estender o cuidado a usuários de álcool e outras drogas, historicamente desassistidos e distantes dos serviços de saúde” (BRASIL, s/d). Dessa forma pretende-se reduzir a lacuna assistencial histórica nas políticas de saúde sobre a questão da prevenção e tratamento dos transtornos mentais associados ao consumo de álcool e outras substâncias psicoativas e diversificar ofertas a partir de uma ação pautada em baixa exigência, ou seja, redução de danos que visem minimizar as consequências do consumo, sem postular como pré-condição da atenção inicial a abstinência.

Tal iniciativa se situa, também, no cerne das ações relacionadas ao Decreto nº 7.053, de 23 de Dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Está em consonância com a Lei nº 10.216/2001, que trata dos direitos da pessoa com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial e 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, e em sintonia com os direitos humanos.

As ações do Consultório de Rua têm como diretrizes: o direito ao tratamento com qualidade; a garantia de acesso a ações e serviços de saúde compatíveis com as necessidades dos usuários; o respeito e promoção dos direitos humanos; o enfrentamento do estigma, fazendo frente às barreiras sociais; a garantia do acesso a um tratamento baseado em evidências científicas; reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade e risco subjacentes ao processo de adoecimento; garantia do cuidado em rede, intersetorial, multidisciplinar e territorial; qualificação das redes de saúde e adoção da redução de danos (BRASIL, s/d).

A proposta de Consultório de Rua, inicialmente vinculado diretamente às ações de saúde mental, subverte a forma tradicional de atenção espacial, concentrada em estruturas hospitalares e clínicas e que protege o profissional da saúde. Configura-se como uma “estratégia de clínica de rua” (BRASIL, s/d), constituída por uma equipe volante/itinerante, que conta com um carro (no geral uma van) e com vestimenta de identificação, que vai ao encontro do público-alvo, desenvolvendo atendimento *in loco*, nos cenários de permanência dessa população. Localiza-se no rol da diversificação de oferta de ações para segmentos vulneráveis, com dificuldade de acesso a serviços de saúde. Além da abordagem dos diferentes profissionais, no geral, redutores de danos, profissionais do Serviço Social e da enfermagem, a equipe conta com insumos para produção de cuidados mais “simples”, assim como material socioeducativo: preservativos, folders, material para curativos, *kits* para redução de danos e teste rápido para detecção de alguns problemas de saúde, tais como

diabetes, baseando-se em protocolos clínicos, sendo as tecnologias leves (MERHY, 2007), ou seja, o relacionamento, o principal instrumento de trabalho, baseado no vínculo, que pode redundar em ações socioeducativas, sobretudo, orientações, encaminhamentos e monitoramento de cuidados com a saúde, principalmente aquelas que demandem acompanhamento longitudinal, a exemplo de cirurgias, tuberculose, sífilis, hepatites e HIV. Todavia, a constituição dessa equipe sinaliza para as contradições do SUS, pois ao mesmo tempo que dá visibilidade, reconhece e diversifica ações para um público em desvantagem social, na direção de ações afirmativas e equânimes, permitindo o acesso aos serviços de saúde à população em situação de rua, ao mesmo tempo e pela mesma ação, mostra os limites da universalidade e as dificuldades de mudança de valores de parte significativa dos agentes públicos - que criam barreiras de acesso e assistência para determinado segmento - pois trabalham com um usuário ideal, colocando em xeque os princípios do serviço público e da própria cidadania, seccionada para alguns, dissociada do bem e interesse público.

Em 2012, o Consultório de Rua é metamorfoseado para Consultório na Rua, passando a ser vinculado ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, saindo, portanto, da alçada da saúde mental, embora persista na Rede de Atenção Psicossocial, como um de seus componentes, conforme Portaria 3088/2011, passando a ter que se vincular às instalações de uma Unidade Básica de Saúde – UBS (BRASIL, 2012), funcionando como as equipes saúde da família, embora dirigida a um público sem domicílio.

Nesse contexto, um novo espaço sócio-ocupacional se abre para o Serviço Social, que desde os primeiros editais preveem a possibilidade de um assistente social na composição da equipe, o que requer uma análise dos desafios postos à participação da categoria, haja vista a particularidade do contexto do exercício profissional, realizado em equipe, no geral no espaço da rua, a partir de um veículo, uma van, ou mesmo uma população igualmente com uma singularidade que convoca a multiplicidade de olhares e ações.

Objetiva-se com esse texto analisar, panoramicamente, as ações desenvolvidas e as respostas construídas pelo assistente social no trabalho coletivo do Consultório na Rua de Teresina-Piauí, a partir da reconstituição da linha do tempo do equipamento e das atividades desenvolvidas por esse profissional, tendo por base a revisão bibliográfica, análise documental e o cotidiano assistencial, a partir da vivência das autoras no equipamento como técnica, supervisoras de campo, acadêmica e estagiária.

1. Contextualização histórica e assistencial do Consultório na Rua de Teresina-Piauí

Parte-se do pressuposto de que, apesar do Consultório na Rua ser uma experiência nacionalmente incentivada, sob a mesma denominação e voltada para o mesmo segmento populacional existe uma multiplicidade de desenhos, ações e relações construídas, dadas a partir das condições estruturais e conjunturais de cada território, com mais de 200 mil habitantes. Com esse entendimento e para contextualizar as demandas, as ações e as respostas construídas pelo assistente social no território teresinense, a partir do Consultório na Rua, far-se-á inicialmente a reconstituição histórica, para contextualizar a ação profissional.

Teresina é uma das nove capitais do Nordeste, capital do Estado do Piauí, com uma população de 814.230 habitantes (IBGE, 2010), o único município de grande porte local.

Como toda capital brasileira, concentrou todos os principais equipamentos das áreas da saúde, educação e assistência social do estado, o que a transformou em polo atraente, do meio norte, para migração e uso de bens e serviços.

Há um sistema híbrido na saúde, associando serviços privados, muitos conveniados ao SUS e públicos (OLIVEIRA, 2011), com gestão plena do SUS, desde 1996. Mas, agrega em seu território serviços geridos tanto pelo município, quanto pelo Estado.

O modelo hospitalocêntrico fez-se representar, inicialmente, a partir da década de 1940, através dos mega hospitais, incrementados na década de 1970. Na atenção psiquiátrica, conta com o Hospital Areolino de Abreu, com 160 leitos, sendo o principal equipamento para atenção à crise em todo o Estado. Os municípios de Teresina contam ainda com um Caps III. Logo, toda a atenção voltada para internação psiquiátrica é de natureza pública, com exceção das comunidades terapêuticas, que passaram a figurar na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS recentemente. A RAPS instalada no município é bem diversificada, como pode ser visualizada no quadro abaixo:

Quadro 1: SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL MUNICIPAL E ESTADUAL INSTALADOS NO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI.

CATEGORIA	TIPO DE SERVIÇO	QUANTIDADE
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	90
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família	3, nas zonas sul, norte e leste, com 3 psicólogos.
	Consultório na Rua	1
Atenção Psicossocial	CAPS ad Tipo II	1

	CAPS Tipo II	4
	CAPS Tipo III	1
	CAPS i	2, sendo um de gestão estadual e outro municipal.
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192	1
	UPA 24 Horas	3

Atenção Residencial de caráter transitório

Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral	10 leitos - Hospital do Mocambinho.
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico Tipo I	3, de gestão estadual.
	Serviço Residencial Terapêutico Tipo II	1, de gestão municipal.

Fonte: Gerência de Atenção Psicossocial da Fundação Municipal de Teresina, março de 2018.

Esses serviços são distribuídos entre quatro regiões de saúde, leste, sudeste, norte e sul. Os trabalhadores da RAPS são, comumente, estatutários/efetivos, o que cria uma certa estabilidade tanto para o trabalhador e seus vínculos com os usuários, quanto para o serviço.

O Consultório de Rua de Teresina – CnR-The começou a funcionar em 17 dezembro de 2010, com base no “Projeto Consultório na Rua: a arte de cuidar na rua” (TERESINA, 2010), com diretrizes organizacionais estabelecidas pelas Portarias 122 e 123, de 25/01/2012. O CnR The se institui na modalidade I, passando posteriormente à II. Há apenas uma equipe que atua somente no turno da tarde para cobrir todo território teresinense. Isso impõe cobertura ínfima, com abrangência e alcance limitados, considerando que a população em situação de rua de Teresina foi calculada pela pesquisa nacional somando um total de trezentas pessoas, localizadas em espaços segregados socioterritoriamente. A equipe é composta por nove trabalhadores, extrapolando o mínimo de seis profissionais exigidos pela norma, sendo quatro de nível superior, cinco de nível médio (técnicos de enfermagem, redutores de danos e um motorista) com diferentes cargas horárias de trabalho, trinta e quarenta horas. Na equipe atual existem apenas dois trabalhadores da equipe inicial.

A equipe do Consultório na Rua compartilha o cuidado da população em situação de rua com outros equipamentos da saúde, servindo como porta de entrada, viabilizando o acesso aos mesmos. Em saúde mental também conta com o Capsad Dr. Clidenor de Freitas Santos e dez leitos em saúde mental do Hospital do Mocambinho. Além disso, conta com a rede socioassistencial da Política de Assistência Social, constituída pela Casa de Passagem “Casa do Caminho”, criada em 2009 e pelo Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua – Centro Pop, criado em 2011, ambas integrantes da

Proteção Social Especial de média e alta complexidade (VIEIRA, 2016). A primeira oferece acolhimento imediato e emergencial, com 40 vagas para pernoite, sendo 28 para homens e 12 para mulheres. O segundo equipamento busca assegurar atendimento especializado, visando garantir direitos e conta com 23 agentes de proteção social (APS) que realizam busca ativa, promovendo inclusão e atualização de dados no Cadastro Único do Governo Federal, realizando atendimento individual e ações socioeducativas. Viabiliza acesso ao Restaurante Popular, assegurando segurança alimentar e dinamiza ações para construir projeto de saída da situação de rua, em conjunto com os usuários do serviço. Teresina conta ainda com uma rede de organizações não governamental, a maioria orientada por princípios religiosos, cuja base de ação é o fornecimento de alimentação, em determinados dias e horários da semana.

O CnR-THE, em oito anos funcionou em três locais distintos, em diferentes zonas da cidade, fazendo com que a equipe como um todo e o acervo se deslocassem. Essa situação provocou perdas documentais e gerou prejuízos na memória do equipamento, o que tem levado o Serviço Social a reconstituir essa história, como pesquisa social, a partir da memória oral e documental de ex-integrantes e gestores, sobretudo a partir das próprias assistentes sociais e gestoras. Reconstituindo a linha do tempo do equipamento, identificou-se três marcos importantes:

2010 – momento da implantação e consolidação do equipamento, sob a denominação de Consultório de Rua – vinculado à Coordenação de Ações Assistenciais/Gerência de Ações programáticas, sob coordenação da enfermeira, Maria do Amparo Oliveira, em suma, à gerência de saúde mental, funcionando na sede da Fundação Municipal de Saúde. Com uma ação concentrada na Praça da Bandeira, no centro da cidade, para busca ativa, realizada em conjunto com a equipe DST/AIDS, articulando-se, através do projeto “Amar sem preconceito”, desenvolvido em conjunto com a Associação de Prostitutas do Piauí (APROSPI) e Associação de Travestis do Piauí (ATRAPI), atuava na prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), hepatites virais e consumo de substâncias psicoativas. A base do trabalho era preventiva e educativa, baseada na promoção em saúde e em visitas a espaços públicos, usados como pontos de encontros, com distribuição de insumos e orientação em geral (LIMA, 2018).

2012 – mudança na denominação para Consultório na Rua, passando para a Gestão da Atenção Básica. A equipe é deslocada para a Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. José Wilson Batista, na Zona Sul da cidade, em função de “frequentemente citada nos noticiários locais” (MARQUES, 2017), por concentrar grandes aglomerados de vilas e favelas e um número considerável de consumidores de substâncias psicoativas e também por ser uma região estigmatizada midiaticamente. Em tese, configurou um avanço, pois

estava em um espaço que congregava também o CREAS Sul, o que permitia, pela proximidade, maior articulação com um dos equipamentos estratégicos da assistência social. Mas, houve problema com a gestão do espaço, o que exigiu nova mudança de endereço.

2018 – equipe estabelecida na UBS José Ribeiro de Carvalho, zona centro-norte da cidade. Passa a contar com estagiária de Serviço Social e com médico, clínico geral, na equipe. Centra sua ação, principalmente, no acompanhamento longitudinal de pessoas em situação de rua que necessitam de cirurgia e outras que têm doenças consideradas “crônicas”. Na avaliação da equipe há necessidade de reorientar as ações para intensificar, temporalmente, as ações na busca ativa, ainda concentradas na zona norte, na direção de abarcar outras zonas da cidade, sobretudo a sul.

Observa-se que a história do CnR THE é dinâmica, acompanhando as mudanças conjunturais das diferentes equipes dos diversos programas, bem como da gestão da Fundação Municipal de Saúde e da própria equipe do Consultório na Rua, sendo influenciada pela experiência do coletivo. Vale destacar que a equipe de 2018 conta com duas profissionais com intensa experiência na gestão municipal, o que tem facilitado a maior visibilidade do CnR-THE diante da gestão geral. Outro aspecto importante remete à intensidade da atuação do Ministério e Defensoria Pública sobre esse segmento, o que também facilita o diálogo com a gestão, intermediada pelas provocações desses entes, que têm firmado Termos de Ajustamento de Conduta e realizado, frequentemente, audiência pública, sobretudo para discutir situações que envolvem a população em situação de rua que necessita de cirurgia e não conta com suporte infraestrutural para os cuidados pós-operatório e, mais recentemente, sobre a população idosa em situação de rua. Importante destacar tais aspectos, pois “o trabalho dos assistentes sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam” (COSTA, 2000), sendo importante para os avanços, aliados sociais em outras instâncias. Logo, sua participação ocorre transversalizado pelo trabalho coletivo, em uma perspectiva multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, transitando entre diferentes políticas, instituições, saberes, processos e experiências, sendo âmago do Consultório na Rua acionar o sistema de garantia de direitos e assegurar o acesso aos serviços de saúde, sendo da própria constituição do equipamento, o trabalho no território e em rede.

2. O assistente social no Consultório na Rua de Teresina-Piauí

De 2010 a 2018, o equipamento teve três assistentes sociais. Um aspecto raro é que todo Projeto Ético Político do Serviço Social converge integralmente com o desenho da

política e diretrizes do Consultório na Rua, que tem a liberdade como valor central, a partir da perspectiva de atuação fundamentada pela redução de danos, a qual acompanha o percurso e as possibilidades dos usuários do serviço, pois “visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a preconização da abstinência e incentivando-o à mobilização social” (BRASIL, 2004, p. 24).

Logo, no cotidiano do CnR-THE a maioria dos princípios do Código de Ética Profissional do Serviço social (CRESSRJ, 2005) são implementados como constitutivos da própria política. Desse modo, objetivos institucionais e profissionais tendem a convergir, em prol dos interesses dos usuários, o que reafirma o princípio do compromisso com esse segmento, parte da classe trabalhadora e a qualidade dos serviços prestados. Tal fato não ocorre sem tensionamentos, haja vista tendências assistencialistas serem invocadas por alguns trabalhadores da própria equipe (LIMA, 2018), que não teve um preparo prévio para iniciar suas ações, que ocorrem “em serviço”, o que impõe, algumas vezes, ações de educação permanente com membros do coletivo de trabalho, tendo o assistente social uma participação ativa nesse sentido.

As ações produzidas pelo assistente social na equipe do CnR THE se desenvolvem, em sintonia com os Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde (CFESS, 2014). Situa-se no trabalho coletivo, com toda a equipe dinamizando competências gerais e objetivos em comum, focadas na construção de vínculo, mapeamento e conhecimento do território e articulação da rede socioassistencial para garantia de acesso a serviços das políticas sociais em geral, mas em especial, as da saúde. Parte da necessidade de cada usuário, com ênfase nos cenários de maior aglomeração da população em situação de rua, tendo por principal instrumental a busca ativa, compreendida para além da concepção da vigilância epidemiológica, como “um movimento de ir à contracorrente do automatismo da demanda espontânea, no sentido de cartografar as necessidades de saúde para além dos agravos de notificação compulsória” (LEMKE; SILVA, 2010, p. 285), na perspectiva de acessar a concepção de mundo dos usuários e suas necessidades. Durante a busca ativa, nos primeiros contatos com o usuário, ocorre uma escuta compartilhada, por toda a equipe, e, na condição de assistente social, seleciona-se o que é de sua atribuição. Nas ações coletivas, além da busca ativa e articulação com a rede, são realizadas, reuniões de equipe, semanalmente, para planejar e avaliar as ações, realizar estudos de caso e fazer face à dinâmica da população em situação de rua, que dificilmente se estabelece em um único lugar, “ponto”, como denominam quando se fixam em um espaço específico, até como estratégia de sobrevivência, por temor à violência urbana.

As ações do assistente social no CnR THE se desenvolvem focalizando as atribuições privativas, ou seja, exclusivas da profissão, quer em sala na própria UBS ou nos contatos via busca ativa ou em outros serviços, no geral, Centro Pop ou Casa do Caminho. As necessidades compreendidas como próprias e passíveis de abordagem pelo assistente social circunscrevem aquelas relacionadas à: inexistência de documentação, benefícios assistenciais, trabalho social com a família, ações socioeducativas, articulação da rede sócio-assistencial e com o sistema sociojurídico, principalmente relacionadas àqueles usuários com pendência na justiça, articulação com o sistema de garantia de direitos, como Defensorias ou Ministério Público. Há várias expressões da violência a que essa população é submetida, como situações de violência contra a mulher, segmento LGBT, violência simbólica, racismo institucional, dentre outros, em que o assistente social torna-se o agente principal para acompanhar, assessorar ou responder, via relatórios/pareceres e audiências. Logo, na direção sinalizada por Costa (2000) “as principais situações-objeto da intervenção do Serviço Social são aquelas que envolvem os excluídos, os “inaptos” (p.66) ou vulneráveis, sobretudo em decorrência das barreiras sociais e atitudinais dos serviços de saúde e de seus operadores, em função do estigma que historicamente acompanhou esse segmento, com dificuldades de acesso a serviços de saúde ou sistema de garantia de direitos em geral, posto serem desinformados, conseqüentemente, com tendência de baixa capacidade de protagonismo.

Logo, as expressões da questão social, objeto de intervenção do assistente social, circunscrevem as múltiplas interfaces da pobreza, relacionadas, sobretudo às violências, inclusive institucionais, tais como o racismo, as barreiras atitudinais, o que expressa vulnerabilidades e ausência de acesso a bens e serviços pela população em situação de rua e dificuldade de vocalizar necessidades e dialogar com agentes públicos intermediado pela lógica dos direitos.

Nessa situação é comum o assistente social ser o principal interlocutor diante dos serviços de saúde, principalmente em situações de cirurgia, que muitas vezes demanda o acionamento do Ministério Público ou Comissões de Direitos Humanos, para sua garantia e disponibilidade de um membro da equipe para se responsabilizar pelo usuário diante do serviço de saúde, oferecendo, indiretamente, salvaguarda de tempo determinado de ocupação do leito. Nesse sentido, muitas vezes fica difícil compartilhar responsabilidade com outros serviços, pois uma vez que a equipe do Consultório na Rua passe a gerenciar a situação social de uma pessoa em situação de rua, fica com a responsabilidade maior, muitas vezes exclusiva pelo desfecho, tendo que monitorar longitudinalmente. Essas situações demandam muito tempo em negociação, sob argumento da lógica dos direitos e cuidado compartilhado, pois há pouco diálogo entre as distintas redes temáticas,

equipamentos e políticas, com entendimento predominante, anterior ao SUS, o que exige respostas do assistente social.

Outra resposta construída pelo assistente social está relacionada ao aprimoramento de informações que subsidiem o trabalho da equipe e com a rede. Como uma das competências do assistente social é realizar pesquisas. Em 2018 foi realizado um levantamento sobre o perfil da população em situação de rua a partir dos 174 prontuários ativos, no mês de setembro, no CnR-THE, o que corroborou o perfil nacional. É da alçada do assistente social realizar orientação social, inclusive envolvendo o Índice de Gestão Descentralizada (IGD), que assegura aos cadastrados no Programa Bolsa Família passagens intermunicipais ou interestaduais; acesso a programas sociais, como Minha Casa Minha Vida; aluguel social; bolsa frente trabalho; cursos profissionalizantes e de geração de emprego e renda; e acesso a oficinas de trabalho. Como a saúde dos pais comumente interfere nas decisões judiciais, envolvendo o poder-guarda familiar, é comum o assistente social estar à frente dessas questões. Participa ainda das audiências concentradas. As respostas profissionais do assistente social circunscrevem o acesso e a garantia de direitos sociais e o reconhecimento da condição de cidadania da pessoa em situação de rua, contribuindo para a mudança na cultura institucional e política em relação a esse segmento, historicamente estigmatizado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, 2009.

_____. **Projetos de Consultório de Rua (PCR)**. Brasília: Ministério da Saúde, s.d. (mimeo).

_____. **Nota técnica conjunta/2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. mimeo.

COSTA, M.D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Revista Serv. Soc.** 62, Ano XXI, março 2000. p. 35-72.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2014.

CRESSRJ. **Assistente social: ética e direitos**. Coletânea de leis e resoluções. 4ª ed. Rio de Janeiro: CRESSRJ, 2005.

GOIS JUNIOR, E. **Movimento higienista e o processo civilizador**: apontamentos metodológicos. X Simpósio internacional processo civilizador. Campinas, 2007. http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/sites/anais/Anais10/Artigos_PDF/Edivaldo_Gois_Jr.pdf, acessado em 25/12/2018.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

LEMKE, R.A.; SILVA, R.A.N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, Ano 10, n.1, p. 281-295, 1º quadrimestre 2010.

LIMA, A.J. **As multifaces da pobreza**: formas de vida e representações simbólicas dos pobres urbanos. Teresina: Halley, 2003.

LIMA, T.R. **Consultório na rua**: concepções e práticas. Teresina: UFPI, 2018. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Serviço Social.

MARQUES, M.D.R. A rua como espaço profissional do Serviço Social na saúde: atuação do assistente social no Consultório na Rua de Teresina. In: PEREIRA, S.L.B.; ROSA, L.C.S.; SILVA, E.K.B.; MAIA, J.B.D. (Org.). **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: EDUFPI, 2017, p. 481-498.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, E. **A incrível história de Von Meduna e a filha do Sol do Equador**. Teresina: Oficina da Palavra, 2011.

SINGER, P. *et al.* **Prevenir e curar**: o controle social através dos serviços dessaúde. Rio de Janeiro: Forense, 1988.

TERESINA. **Projeto Consultório de Rua**: a arte de cuidar na rua. Teresina: Fundação Municipal de Teresina, 2010. (mimeo).

VIEIRA, M.A.C.; BEZERRA, E.M.R.; ROSA, C.M.M. **População de rua**: quem é, como vive, como é vista. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

VIEIRA, N.P.S. **Uma análise do processo de institucionalização e implantação da Política Nacional para a População em Situação de Rua na cidade de Teresina-PI**. Teresina. UFPI. Curso de Serviço Social, 2016.