



# 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

## CONSULTÓRIO NA RUA: UM INSTRUMENTO PARA ACESSAR DIREITOS À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA DE MACEIÓ/AL

Daniela do Nascimento dos Santos<sup>1</sup>  
Valéria Silva dos Santos<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente artigo busca analisar o acesso da população em situação de rua à saúde pública, buscando conhecer o perfil desta população atendida pela Equipe do Consultório na Rua de Maceió/Alagoas. Compreende-se que apesar do preconceito vivido diariamente nas grandes cidades por essas pessoas, estas são portadoras de direitos sociais. Desta forma, instrumentos precisam ser pensados e executados para se acessar direitos a esses sujeitos que se encontram extremamente vulneráveis. Analisa-se que as Equipes do Consultório na Rua de Maceió/Alagoas tem se configurado em um importante instrumento de acessar direitos a população em situação de Maceió/Al. **Palavras-Chave:** Consultório na Rua. Saúde. População em Situação de Rua.

**Abstract:** This article seeks to analyze the access of the population in the street to public health, seeking to know the profile of this population attended by the Team of the Office in Rua de Maceió / Alagoas. It is understood that despite the prejudice experienced daily in the big cities by these people, these are bearers of social rights. In this way, instruments need to be thought and executed in order to access rights to those subjects who are extremely vulnerable. It is analyzed that the Teams of the Office in Rua de Maceió / Alagoas has been configured in an important instrument to access the population in the situation of Maceió / Al.

**Keywords:** Office on the street. Health. Population in Street Situation.

### Introdução

Para a elaboração deste artigo partiu-se do pressuposto de que os sujeitos em situação de rua são marcados por preconceitos e estigmatizados por necessitarem da rua como local de moradia e trabalho. A pesquisa propõe-se, norteadas pela perspectiva da totalidade, conhecer os aspectos legais que regem o Consultório na Rua de forma a identificar os serviços prestados à população em situação de rua de Maceió, pelo Consultório na Rua.

Em 2012 o Ministério da Saúde publicou o Manual sobre o Cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Neste manual aborda-se a vida na rua e expõe os problemas de saúde que ela traz em virtude dos seguintes pontos: a vulnerabilidade à violência, a alimentação incerta e sem condições de higiene, a pouca disponibilidade de

---

<sup>1</sup> Estudante de Graduação, Faculdade de Tecnologia de Alagoas, E-mail: danielasantos3888@gmail.com.

<sup>2</sup> Professor com formação em Serviço Social, Faculdade de Tecnologia de Alagoas, E-mail: danielasantos3888@gmail.com.

água potável, a privação de sono e afeição, e a dificuldade de adesão a tratamento de saúde. Alguns dos problemas de saúde mais recorrentes nessa população são: problemas nos pés, infestações, DST/HIV/AIDS, gravidez de alto risco, doenças crônicas, consumo de álcool e drogas, saúde bucal e tuberculose. Na realidade de Maceió, esses problemas tem sido alvo de atenção por parte do Consultório na Rua. Este desenvolve uma ação intersetorial que objetiva acessar, não só, o direito a saúde a um público marcado por preconceitos e estigmatizado ao ser associado às pessoas que fazem uso de drogas. Isto tem sido possível porque a Política Nacional para a População em Situação de Rua propõe que a mesma deverá ser implementada de forma descentralizada e articulada entre a União e os demais entes federativos. E acrescenta que o instrumento de adesão definirá as atribuições e as responsabilidades a serem compartilhadas. Nesse sentido,

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. (BRASIL, 2009, Art. 3º).

Para o desenvolvimento desta política o poder executivo federal poderá firmar convênios com entidades públicas, privadas e sem fins lucrativos, desde que estas entidades comunguem dos objetivos propostos pela referida política. Dentre os objetivos da Política Nacional para a População em Situação de Rua importa destacar os seguintes: assegurar o acesso amplo do usuário, 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; implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua; criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) para qualificar a oferta de serviços; e disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho.

Assim sendo, entende-se a assistência à população em situação de rua como uma necessidade a ser desenvolvida pelo poder público. Cabendo a este a criação e aperfeiçoamento das estratégias existentes.

## **1. Mecanismos Legais que Regulamentam as Equipes do Consultório na Rua**

Neste item tem-se por objetivo expor os conteúdos dos mecanismos legais que possibilitaram a inserção e operacionalização das Equipes do Consultório na Rua enquanto um instrumento de acesso a direitos sociais à população em situação do Brasil.

O decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, foi criado para atender algumas das demandas da população em situação de rua no que diz respeito ao acesso à saúde e a outros direitos que lhes são negados diariamente. Por meio deste decreto 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. Dentre os princípios e diretrizes que norteiam a referida política importa destacar além de igualdade e equidade: o respeito à dignidade da pessoa humana; o direito à convivência familiar e comunitária; a valorização e respeito à vida e à cidadania; o atendimento humanizado e universalizado; o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

Na busca de operacionalizar essas diretrizes e promover relações sociais mais humanas para aqueles que se encontram em situação de rua, foi instituída em 2009 a Portaria MS nº 3.305, em 24 de dezembro de 2009, que institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Este tem por objeto propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3</sup> e elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do SUS. Outra mediação fundamental para o alcance desses objetivos foram as equipes de Consultórios na Rua (CnaR).

As equipes do CnaR foram instituídas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011.<sup>4</sup> Surgem como estratégia para o cuidado integral à saúde da população em situação de rua no seu território de permanência, incluindo os usuários de álcool, crack e outras drogas, devendo utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território desenvolvendo ações em parceria com as equipes das UBS. Sobre estas unidades importa acrescentar que desempenham um papel central na garantia à população em

---

<sup>3</sup> O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Conforme Paim (2009), o SUS é muito mais que um sistema de saúde, uma vez que faz parte do pacto social presente na Constituição Federal de 1988, que visa à construção de uma sociedade democrática e solidária.

<sup>4</sup> A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Para maiores informações ver o conteúdo da Portaria nº 2. 436/2017.

situação de rua no que diz respeito ao acesso a atenção à saúde por se caracterizar como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. As UBS tem por objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Em relação aos profissionais que deverão compor as Equipes de Consultório na Rua (eCR), a Portaria MS nº 122, de 25 de Dezembro de 2011 define em seu artigo primeiro as diretrizes de organização e funcionamento dessas equipes, assim como define que as eCR integraram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolveram ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica. Quais sejam estes profissionais: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, dentista e auxiliar em saúde bucal. Cabe a estes profissionais desempenhar:

[...] suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. (BRASIL, 2011, Art. 2º).

Dentre as atividades das eCR inclui-se a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, o que requer uma diversidade de profissionais. Sobre essa diversidade de profissionais o artigo de número três, da mencionada portaria, acrescenta a existência de três modalidades de composição das eCR, a saber:

I - Modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º desta Portaria, excetuando-se o médico, sendo: a) dois profissionais de nível superior; e b) dois profissionais de nível médio;  
II - Modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º desta Portaria, excetuando-se o médico, sendo: a) três profissionais de nível superior; e b) três profissionais de nível médio; e  
III - Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico. (BRASIL, 2011, Art. 3º).

Observa-se que os profissionais deveram possuir conhecimentos de nível superior e médio, pois lidarão com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua.

Na perspectiva de fortalecimento da atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras

drogas, em 26 de dezembro de 2011, por meio da Portaria MS nº 3.088, foi instituído a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Que por sua vez definiu as eCR como pontos de atenção da RAPS. As RAPS são compostas pela atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, unidades de urgência e emergência, serviço residencial de caráter transitório e hospitalar, assim como estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. (BRASIL, 2011, Art. 4º).

Para o alcance destes objetivos, as eCR são compreendidas como um importante instrumento de fortalecimento do atendimento a saúde dos sujeitos que se encontram na dependência de crack, álcool e outras drogas. As eCR, enquanto um dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção básica em saúde, atuarão

[...] de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para: 1. pessoas em situação de rua em geral; 2. pessoas com transtornos mentais; 3. usuários de crack, álcool e outras drogas, [...]. (BRASIL, 2011, Art. 6º).

Essa intervenção poderá incluir ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial, os Prontos-Socorros, entre outros.

Em 25 de janeiro de 2012 foi instituído a Portaria MS nº 123 MS que define os critérios de cálculo do número máximo de eCR por município.

I - para Municípios com população de 100.000 (cem mil) a 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo

Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

II - para os Municípios com população superior a 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados extraídos da Pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social, de 2008, e da Pesquisa sobre Criança e Adolescente em situação de rua, levantados pela Secretaria de Direitos Humanos, em 2011. (BRASIL, 2012, Art. 2º).

A portaria acrescenta que os Municípios com população inferior a 100.000 (cem mil) habitantes poderão ser contemplados com eCR, desde que comprovada a existência de população em situação de rua.

Observa-se, em face do exposto, que os mecanismos que regulamentam as Equipes do Consultório na Rua possibilitaram não só a sua implantação, mas sobretudo sua operacionalização na perspectiva de fortalecimento da atenção a saúde da população em situação de rua do Brasil, possibilitando que essas equipes se configurem como instrumentos de acesso a direitos sociais.

## **2. População em Situação de Rua e o Consultório na Rua: as ações das Equipes do Consultório na Rua de Maceió/Al**

Neste item propomos apresentar algumas considerações sobre a população em situação de rua de Maceió/Al, de forma a destacar as respostas advindas das Equipes do Consultório na Rua. Julga-se que essas respostas têm sido significativas para um público marcado pela extrema vulnerabilidade.

De acordo com a Política Nacional Para Inclusão da População e Situação de Rua (PNPSR), população em situação de rua é um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular. Caracteriza-se pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e de áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como das unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória.

Nesta perspectiva, o Decreto nº 7.053/2009 compreende a população em situação de rua como um grupo heterogêneo, cujo os sujeitos nesta situação possuem em comum o fato de se encontrarem em pobreza extrema e por isso utilizam as rua como local de moradia e trabalho.

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. (BRASIL, 2009, Parágrafo único).

Sendo assim, entende-se por população em situação de rua aqueles sujeitos que se encontram em pobreza extrema e utilizam temporariamente as ruas como espaço de moradia e de sustento. A Política Nacional para Inclusão da População e Situação de Rua observa que há uma diversidade no perfil desses sujeitos, são: imigrantes, desempregados, egressos dos sistemas penitenciário e psiquiátrico, entre outros. Ressalte-se ainda a presença dos chamados “andarilhos”: pessoas que transitam de uma cidade a outra (na maioria das vezes, caminhando a pé pelas estradas, pedindo carona ou se deslocando com passes de viagem concedidos por entidades assistenciais).

Reis et al (1996) acrescenta que a mendicância assim como sujeitos em situação de rua não é um fenômeno social novo. Sua existência é anterior a sociedade atual, no entanto, encontra-se vinculada as relações desiguais socialmente construídas.

A existência de mendigos ou pessoas em situação de rua não é um fenômeno característico dos tempos contemporâneos, pois existe desde a antiguidade, e apesar de adquirir características próprias do momento atual, guarda a marca das profundas desigualdades e da exclusão social e se constitui como fenômeno tipicamente urbano (REIS ET AL, 1996, p. 21).

No que diz respeito ao cenário atual, compreende-se que para investigar a realidade de pessoas que se encontram em situação de rua, é necessário admiti-las como sujeitos que refletem no seu cotidiano a contradição de uma sociedade de classes. Sociedade orientada a partir de um modo de produção que traz, como movimento interno constitutivo, a acumulação de capital com base na exploração, na desestruturação familiar, na mercantilização de valores, na complexificação da “questão social”.<sup>5</sup>

Nessa perspectiva, Reis et al. (1996) observam que os principais motivos para justificar a busca da rua como espaço de moradia está relacionado a problemas de relacionamento familiar e a dependência de álcool/drogas. Acrescentam que as perdas sucessivas, nas quais se incluem o trabalho, a casa, a família e a própria auto-estima

---

<sup>5</sup> Segundo Iamamoto (1998, p.27) a Questão Social é apreendida como “[...] um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

afetaram de alguma forma as pessoas que se encontram em situação de rua. Apontam também um índice significativo de sujeitos que apresentam uma desorganização mental.

Outra questão relevante sobre a população em situação de rua é o preconceito que sofrem habitualmente. A este respeito Mattos e Ferreira (2014) analisam que olhares amedrontados, constrangimento, passos apressados, hostilidade são manifestados por aqueles que os vêem como pessoas perigosas, pois os consideram como vagabundos e que ali estão por não quererem trabalhar. Afirmam que muitos atravessam a rua com receio de serem abordados por pedido de esmola, ou mesmo por pré-conceberem que são pessoas sujas e mal cheirosas. E que há também aqueles que delas sentem pena e olham-nas com comoção ou piedade. Para os autores é comum negligenciarmos involuntariamente o contato com os sujeitos em situação de rua. Sua presença tem sido habitualmente naturalizada, e há uma tendência a não sensibilizar-se em relação à sua condição (sub) humana. “Em atitude mais violenta, alguns chegam a xingá-las e até mesmo agredi-las ou queimá-las, como em alguns casos noticiados pelos meios de comunicação.” (MATTOS; FERREIRA, 2004, p.45).

A rua é um espaço que estimula, mas também restringe o desenvolvimento. Oferece muita liberdade, mas também muitas renúncias. Possibilita ampliar as relações de amizade, mas também revela a perversidade de seus pares. Ela dá a impressão de que tudo é acessível, mas muito pouco pode ser apreendido. Ela acolhe qualquer um, mas torna todos muito vulneráveis. A rua é assim, tal como uma “sereia”, seduz e atraiçoa. (RIBEIRO, 2003 p. 623).

A rua não é um espaço de moradia, é inadequada para se viver tendo em vista os perigos que ela apresenta ao expor os sujeitos em condições de vulnerabilidade, e há inúmeras violências. A rua é um espaço que delimita o desenvolvimento do ser humano, logo não deveria ser ocupada como espaço de moradia.

No entanto, em 2008, o Ministério do Desenvolvimento Social publicou a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua e identificou em 71 cidades 31.922 pessoas adultas em situação de rua. Somando esse valor com os números encontrados em pesquisas municipais realizadas em São Paulo, Recife, Porto Alegre e Belo Horizonte, chegou-se a aproximadamente 50 mil pessoas em situação de rua. Esta pesquisa teve por objetivo: atender os movimentos sociais que representam a população em situação de rua no que diz respeito a sua visibilidade e atenção por parte do poder público; e produzir conhecimentos para subsidiar a formulação de políticas públicas voltadas para esse segmento da sociedade.

A referida pesquisa identificou que do universo de 31.922 entrevistados 29,7% possuem algum problema de saúde. Os problemas mais comuns foram além da



visão/cegueira, a “(...) hipertensão (10,1%), problemas psiquiátricos/mental (6,1%), HIV/AIDS (5,1%), diabetes (5,4%).” (BRASIL, 2009, p.93). Identificou também que estes sujeitos em situação de rua quando estão doentes não procuram atendimento médico devido a episódios de mau atendimento em hospitais, de negação a atendimento e impedimento de entrada nas unidades de saúde.

Em relação a vulnerabilidade da população em situação de rua de Maceió, Jorge e Webster (2012, p.40) nos faz saber que em 2009 o Fórum Brasileiro de Segurança Pública e o Ministério da Justiça divulgaram o estudo sobre o Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência (IVJ), no qual Maceió encontrava-se entre os 43 municípios mais vulneráveis do Brasil. Maceió foi classificado como um município de alta vulnerabilidade. Na busca de diminuir essa realidade Maceió implanta em 2009, por meio da Secretaria de Saúde e com o apoio do Ministério da Saúde, o primeiro Consultório na Rua.<sup>6</sup>

O primeiro Consultório de Rua de Maceió nasce em 2009 por meio de um edital do Ministério da Saúde. Cabe acrescentar que o projeto “Fique de Boa” de Maceió se inscreveu no referido edital e foi contemplado para se tornar uma Equipe de Consultório na Rua, vinculado a saúde mental. Esse projeto era composto por um grupo de profissionais da saúde mental que decidiram montar o projeto com o propósito de ir uma vez por semana para as ruas, especificamente para a Praça Deodoro (localizada no centro de Maceió/Al) para atender as pessoas que estavam em situação de rua e que faziam uso de substâncias psicoativas. Em 2011 foram criados quatro eCR e em 2012 essas equipes passaram por um processo de adequação para atuar como Consultório na Rua. E por passar a fazer parte da atenção básica, houve uma ampliação de mais duas equipes totalizando seis equipes de Consultório na Rua atualmente em Maceió. O perfil das pessoas assistidas por essas eCR são de travestis, idosos, jovens, crianças, a maioria com pouco estudo, alguns não possuem documentação e por uma diversidade de motivos foram parar nas ruas. A maioria dessas pessoas possui família, mas por um desentendimento familiar ou até mesmo uso de álcool ou drogas acabaram indo parar nas ruas.

A finalidade do Consultório na Rua consiste em ampliar o acesso dessa população em situação de rua aos serviços de saúde. Trata-se de uma estratégia que busca oportunizar atenção integral à saúde a este público extremamente vulnerável. O Consultório na Rua é composto por uma equipe multiprofissional que desenvolve ações integrais de saúde frente às necessidades dos sujeitos em situação de rua. As referidas ações são

---

<sup>6</sup> É oportuno acrescentar que no Brasil o professor Antônio Nery foi o idealizador do consultório de Rua. Formado em medicina pela Universidade Federal da Bahia ele teve a ideia de levar uma equipe de saúde para as ruas com a finalidade de atender as pessoas em situação de Rua em Salvador.

desenvolvidas em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território. A equipe do Consultório na Rua é formada por enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional, Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, técnico em Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, profissional de Educação Física e profissional com formação em Arte e Educação.

As atividades executadas pelo Consultório na Rua são de busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Desempenham suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade dos usuários. Dentre as ações desenvolvidas pelas eCR destacam-se: o pré-natal; os curativos; procedimentos de enfermagem; visitas domiciliares; visitas institucionais; encaminhamentos; atividades educativas e de artes; e a articulação com a rede de atenção à saúde e assistência social.

O Consultório na Rua possibilita aos profissionais da área da saúde um contato direto com as pessoas em situação de rua e se configura como trabalho desafiador, dentre outros aspectos, porque os usuários resistem em aceitar os encaminhamentos propostos. É um trabalho que exige um mapeamento dos locais com concentração de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Que requer uma identificação dos horários em que essas pessoas se encontram na rua e os melhores momentos para uma abordagem com melhor qualidade de diálogo. Essa abordagem, em geral, é planejada e discutida anteriormente. Quando os profissionais vão às ruas com o intuito de intervir em determinada situação, com determinado grupo e local, a abordagem pode ser realizada: com atividades; com encaminhamentos para a saída da rua; com o auxílio de equipamentos de saúde; para informar sobre higiene básica; para a família; para programas de atendimento socioeducativo; para conselhos tutelares; ou ainda pode ser um mero diálogo para conhecer mais profundamente aquela realidade e voltar melhor preparado para uma próxima abordagem.

Contudo, ainda há muito trabalho a ser desenvolvido para a população em situação de rua, tanto no que concerne à saúde quanto ao social. Há também a necessidade de sensibilizar a sociedade sobre os direitos dessa população, dentre eles o direito de serem tratados como cidadãos que são e que merecem respeito e acesso à saúde e as demais políticas públicas como qualquer outro indivíduo.

## Considerações Finais

Em face das do exposto observou-se que o objetivo do Consultório na Rua é inserir a população em situação de rua na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e que este seja a porta de entrada desta população ao sistema de saúde. Analisou-se que o Consultório na Rua propõe intervir na realidade das pessoas em situação de rua e por isso o atendimento ocorre nas ruas, nos locais onde vivem essas pessoas. Sendo assim, a equipe do Consultório na Rua nasce a partir da importância do cuidado em saúde com as pessoas em situação de rua, mas a intervenção não se restringe ao âmbito da saúde.

Apreende-se que a implantação das eCR ocorreu por meio de mecanismos legais, e contou com articulações intersetoriais e políticas públicas que repensassem suas ações para que ampliassem a resolutividade da assistência a essa população. A articulação com a política de saúde é essencial para a efetivação de práticas de saúde no acompanhamento à população em situação de rua.

Identificou-se que o perfil da população em situação de rua assistida pelas eCR de Maceió/ são de travestis, idosos, jovens, e crianças. A maioria desses sujeitos não possuem escolaridade, alguns não possuem documentação e por uma diversidade de motivos foram parar nas ruas. Dentre essas motivações destaca-se o desentendimento familiar, ocorrido na maioria das vezes por ocasião do uso de álcool ou outras drogas.

Os principais serviços ofertados pelo Consultório na Rua contam com a parceria hospitalar e das unidades básicas de saúde que atuam em conjunto no tratamento dos usuários, na prevenção de doenças, na distribuição de preservativos, nos encaminhamentos para exames e tratamento quando há confirmação da doença.

## REFERÊNCIAS

JORGE, Jorgina Sales; WEBSTER, Clarissa Mendonça Corradi. Consultório de Rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. In: **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, v.3, 2012.

BRASIL. **Política Nacional Para Inclusão da População e Situação de Rua**. Brasília: Governo Federa, 2008. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao\\_civel/acoes\\_afirmativas/inclusaooutr os/aa\\_diversos/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/inclusaooutr os/aa_diversos/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf) >. Acesso em 15 de junho de 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm)>.  
Acesso em 15 de junho de 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>.  
Acesso em 15 de junho de 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.305, em 24 de dezembro de 2009.** Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305\\_24\\_12\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html)>.  
Acesso em 15 de junho de 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 122 de 25 de dezembro de 2011.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)>.  
Acesso em 15 de junho de 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 123 de 25 de janeiro de 2012.** Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html)>.  
Acesso em 15 de junho de 2019.

\_\_\_\_\_. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:  
<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.  
Acesso em 15 de junho de 2019.

\_\_\_\_\_. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:  
<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_ rua .pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ rua .pdf)>.  
Acesso em 15 de junho de 2019.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:  
<<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201710/03112610-portaria-gm-2-436-2017-nova-pnab.pdf>>.  
Acesso em 15 de junho de 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. In: **Revista Temporalis.** Ano 2. Nº 3. Brasília: ABEPSS, 1988.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. (2004). Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. In: **Psicologia & Sociedade.** 16(2), 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

RIBEIRO, Moneda. A rua: um acolhimento falaz às crianças que nela vivem. In: **Revista Latino-Americano de Enfermagem**. Ribeirão Preto, 2003.