

A PSICOLOGIA E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Novas propostas, velhos desafios



CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS



Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais (CRP-MG)

**A PSICOLOGIA E A POPULAÇÃO
EM SITUAÇÃO DE RUA**
Novas propostas, velhos desafios

Belo Horizonte



**CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS**

2015

© 2015, Conselho Regional de Psicologia – Minas Gerais
É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte.

Capa: ilustração de Welbert Júnior Carvalho Valnei
Revisão ortográfica e gramatical: Carolina Rocha
Projeto e edição gráfica: Hum ponto Design e Comunicação
Tiragem: 1000 exemplares

Conselho Regional de Psicologia – Minas Gerais
Rua Timbiras, 1532, 6º andar, Lourdes
CEP: 30140-061 – Belo Horizonte, MG
Telefones: (31) 2138-6767 – Fax: (31) 2138-6763
crp04@crp04.org.br – www.crp04.org.br

P974 *A psicologia e a população em situação de rua : novas propostas, velhos desafios / Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais (CRP-MG), organizador. -- Belo Horizonte : CRP 04, 2015.*
87 p.

Resultado da pesquisa "Atuação profissional de psicólogos e psicólogos em políticas para a população em situação de rua", realizada pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop), unidade do Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais (CRP-MG).

ISBN: 978-85-98515-13-7

1. Problemas sociais. 2. Sem-teto – Políticas públicas. I. Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais. II. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. III. Título.

CDD: 362.5

A PSICOLOGIA E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Novas propostas, velhos desafios

Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais (CRP-MG)
Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop)

Equipe de elaboração

Leiliana Aparecida de Sousa
Luciana M. S. Franco

Colaboradores

Ana Cláudia Vieira da Silva
Fernanda Jardim de Melo
Flávio Henrique dos Reis Soares
Maria Amélia Gomes da Costa

Conselheiros responsáveis

Deborah Akerman
Marcus Macedo da Silva
Maria Tereza de Almeida Granha Nogueira

Belo Horizonte
CRP-MG



**CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS**

2015

Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais

XIV Plenário (Gestão 2013-2016)

DIRETORIA

Roberto Chateaubriand Domingues

Conselheiro Presidente

Ricardo Figueiredo Moretzsohn

Conselheiro Vice-Presidente

Marília de Oliveira

Conselheira Tesoureira

Elaine Maria do Carmo Zanolla Dias de Souza

Conselheira Secretária

CONSELHEIROS

André Amorim Martins

Anna Christina da Cunha Martins Pinheiro

Aparecida Maria de Souza Borges Cruvinel

Celso Renato Silva

Cláudia Aline Carvalho Espósito

Cláudia Natividade

Dalcira Pereira Ferrão

Deborah Akerman

Délcio Fernando Guimarães Pereira

Eliane de Souza Pimenta

Elizabeth de Lacerda Barbosa

Eriane Sueley de Souza Pimenta

Érica Andrade Rocha

Felipe Viegas Tameirão

Helena Abreu Paiva

Leila Aparecida Silveira

Madalena Luiz Tolentino

Marcus Macedo da Silva

Maria da Conceição Novaes Caldas

Maria Tereza de Almeida Granha Nogueira

Marisa Estela Sanabria Bourman

Odila Maria Fernandes Braga

Stela Maris Bretas Souza

Túlio Louchard Picinini Teixeira

LISTA DE SIGLAS

Apaf – Assembleia de Políticas, da Administração e das Finanças
CadÚnico – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Centro POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
Congemas – Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social
CREAS – Centro de Referências Especializado de Assistência Social
Crepop – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CRP – Conselho Regional de Psicologia
CRP-MG – Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais
EAS – Entrevista com Psicólogo de um serviço da Assistência Social executado diretamente pelo governo municipal
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ES – Entrevista com Psicólogo da Saúde
eSF – Equipe de Saúde da Família
ETS – Entrevista com Psicólogo de um serviço da Assistência Social executado por uma instituição do Terceiro Setor
GI – Grupo Multiprofissional Intersetorial
GP – Grupo de Psicólogos
GS – Grupo Multiprofissional de Saúde
GTI – Grupo de Trabalho Interministerial
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
MDS – Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MNPR – Movimento Nacional da População de Rua
MS – Ministério da Saúde
Nexin – Núcleo de Estudos da Exclusão/Inclusão
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
PEAD – Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde
PFMC – Piso Fixo de Média Complexidade
PIEC – Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PNPR – Política Nacional para a População em Situação de Rua
PSR – População em Situação de Rua
SDH – Secretaria Nacional de Direitos Humanos
Senarc – Secretaria Nacional de Renda de Cidadania
SNAS – Secretaria Nacional de Assistência Social
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	METODOLOGIA	8
3	POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	13
4	O TRABALHO COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	25
	4.1 Serviços de Acolhimento Institucional (Abrigos Institucionais e Casas de Passagem) e Serviços de Acolhimento em República	26
	4.2 Centro de Referência Especializado de Assistência Social para a População em Situação de Rua (Centro POP)	27
	4.3 Serviço Especializado em Abordagem Social	29
	4.4 Consultório de Rua	30
	4.5 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)	34
	4.6 Aspectos comuns	37
5	RECURSOS TÉCNICOS E TEÓRICOS: AS ESPECIFICIDADES DO TRABALHO DO PSICÓLOGO	41
6	A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA ATUAÇÃO COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	48
7	DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	57
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICES	78

1. INTRODUÇÃO

A população em situação de rua (PSR) é um fenômeno mundial que ganha diferentes contornos em cada país ou região de acordo com o contexto histórico, social e cultural e com as formas com que o poder público lida com esse problema social. No Brasil, somente a partir da década de 1980, com a abertura política e a promulgação da Constituição Federal de 1988, essas pessoas têm conseguido espaço na busca de melhores condições de vida, colocando suas demandas na agenda pública. Uma das suas mais recentes conquistas é a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), promulgada em 2009, que busca integrar diferentes setores das políticas públicas no atendimento a essa população.

Esse cenário contribui para o surgimento de novos serviços e equipamentos para o atendimento dessa população – como o Consultório de Rua e o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) – e para maior inserção do psicólogo nessa política. A complexidade do fenômeno da PSR, a especificidade do atendimento a essas pessoas – que, por vezes, se dá no próprio espaço da rua – e as dificuldades inerentes à consolidação de uma nova política fazem com que esse seja um campo de prática desafiador.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é compreender a inserção do psicólogo nas políticas públicas para a PSR no âmbito do estado de Minas Gerais. Para que isto seja possível recorreremos aos dados colhidos pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop), unidade do Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais (CRP-MG), na pesquisa “Atuação profissional de psicólogas e psicólogos em políticas para a população em situação de rua”. Especificamente, são utilizadas informações relativas ao mapeamento, aos três grupos de discussão – dois deles contaram com a participação de outros profissionais além do psicólogo – e às três entrevistas com psicólogos. Buscamos identificar as práticas utilizadas por esses profissionais e os aspectos contextuais que as possibilitam, viabilizando uma análise crítica sobre o fenômeno.

2. METODOLOGIA

O Crepop é um centro de pesquisas do Sistema Conselhos de Psicologia que conta com uma Coordenação Nacional, no Conselho Federal de Psicologia (CFP), e 20 unidades regionais¹, uma em cada Conselho Regional de Psicologia (CRP). Desde 2006, esse Centro trabalha na sistematização e divulgação do conhecimento e de práticas psicológicas aplicadas às políticas públicas. Para isso, são realizadas pesquisas multicêntricas, desenvolvidas nas unidades regionais e coordenadas nacionalmente, que servem como subsídio para a produção de referências ao trabalho do psicólogo. O objetivo é promover a ampliação da atuação qualificada desse profissional na esfera pública.

No ano de 2012, o Crepop realizou a pesquisa “Atuação profissional de psicólogas e psicólogos em políticas para a população em situação de rua” por meio de triangulação de métodos – mapeamento dos serviços, programas, projetos, instituições e profissionais do campo em questão; questionário *online*; grupos de discussão de psicólogos e multiprofissionais; entrevistas com psicólogos e com gestores. Como em todas as pesquisas produzidas pelo Crepop – que têm como o objetivo principal subsidiar a construção de referências técnicas –, os relatórios produzidos pelas unidades dos CRPs têm caráter descritivo, por isso, considerando a relevância do tema pesquisado – dada a recentidade da PNPR e a cronicidade deste problema social, que traz à tona a exigência, por parte da população e dos governos, de utilização de medidas higienistas – decidimos realizar um estudo mais aprofundado e que possibilitasse uma análise crítica dessa questão, com enfoque no contexto dessas políticas públicas no estado de Minas Gerais. Assim, optamos por utilizar os dados colhidos pela unidade do Crepop do CRP-MG referentes ao mapeamento, aos grupos de discussão e às entrevistas com psicólogos. Como o foco de nossa pesquisa está na prática de psicólogos nas políticas públicas para a PSR de Minas Gerais, descartamos a utilização dos dados colhidos pelo questionário *online* que traz informações de âmbito nacional e das entrevistas com gestores que, apesar de conterem algumas informações sobre o contexto político – já abordado pelo mapeamento –, não traz reflexões aprofundadas sobre o trabalho do psicólogo.

Nossa pesquisa estendeu-se de maio de 2012 a julho de 2013 e teve início com uma busca bibliográfica que contemplou o levantamento do marco normativo legal das políticas públicas de atendimento à PSR, como pode ser observado no Apêndice A.

1 À época da pesquisa, contávamos com 20 CRPs; atualmente, são 23. A criação de outros três CRPs foi aprovada na Assembleia de Políticas, da Administração e das Finanças (Apaf) – instância deliberativa do Sistema Conselhos de Psicologia – realizada em 16 de dezembro de 2012. Tendo em vista sua recente criação, os novos CRPs ainda não implantaram suas unidades do Crepop.

O passo seguinte foi a realização do mapeamento ou “levantamento do campo de investigação”, como nomeado pela rede Crepop. Tratou-se do mapeamento da política – considerando sua estrutura e forma de execução local –, que abarca: descrição de sua estrutura, identificação de gestores, identificação de psicólogos, demais trabalhadores e conselhos de controle social da política (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012).

A definição dos municípios a serem investigados é feita por cada unidade regional do Crepop e “deve harmonizar fatores como população, número de serviços, importância regional do município, ações de interiorização já desenvolvidas pelos CRPs, além da capacidade e disponibilidade da equipe do Crepop em interiorizar ações” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012, p.18). A proposta de interiorização de ações deve ser compreendida como a inclusão na pesquisa de outros municípios situados fora da região de abrangência da sede do Conselho Regional. Dessa forma, decidimos utilizar como critério o índice populacional, incluindo em nossa investigação os municípios mineiros que possuem mais de 100 mil habitantes, já que a incidência de pessoas em situação de rua é maior em cidades de médio e grande porte (BRASIL, 2012a; MINAS GERAIS, 2012a). De acordo com o Censo Demográfico de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011), encaixam-se nesse critério 29 municípios, listados no Apêndice B.

Definidos os municípios a serem pesquisados, buscamos, nos sites de suas prefeituras, informações referentes à estruturação local da política para a PSR, identificando projetos, programas, serviços e equipamentos existentes, principalmente na saúde e na assistência social. A Coordenação Nacional do Crepop para a pesquisa orientou que contatássemos, preferencialmente, os órgãos desses dois setores, por serem as áreas nas quais as ações para essa população estão mais bem estruturadas. Contudo, em nossos contatos, não deixamos de perguntar sobre a existência de ações em outros setores.

Mesmo tendo municípios de médio e grande porte como referência, percebemos que a aplicação dessa política em alguns deles é ainda incipiente, o que dificulta nosso trabalho de mapeamento. Para lidar com esse fato, e conseguir identificar como se dá a implementação da política nesses municípios, necessitamos alterar nossa metodologia ao longo da pesquisa. Além das secretarias, serviços e equipamentos da saúde e da assistência social, buscamos informações também sobre a realização de outras ações, mesmo que não fossem de execução direta do governo municipal, voltadas para essa população. Essa metodologia de indicações sucessivas até que se atinja um ponto de redundância, conhecida como “bola de neve” (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 1999), contribui para maior efetividade no trabalho de mapeamento e possibilita também a percepção do quanto os trabalhadores conhecem (ou não) as ações desenvolvidas no município.

De posse dessas informações, iniciamos os contatos com as instituições. Com o objetivo tanto de divulgar quanto de incentivar que os próprios psicólogos que atuam nesse campo nos procurassem para participar da pesquisa, foram enviadas cartas para todas as secretarias e para os serviços que já havíamos identificado em pesquisas anteriores. Posteriormente, foram estabelecidos contatos telefônicos. Ligamos inicialmente para secretarias e demais órgãos de gestão responsáveis pelos setores da saúde e da assistência social para o levantamento de informações sobre as ações existentes. Tomando-se por base os dados obtidos, fizemos contato com projetos, programas, serviços e equipamentos para divulgação da pesquisa e identificação dos psicólogos inseridos neste trabalho. A divulgação ocorreu ainda por meio do *site* do CRP-MG e do informativo institucional que é direcionado aos profissionais de psicologia do estado.

Durante o processo de mapeamento, os psicólogos foram convidados a responder o questionário disponível *online*. Aproveitamos, também, para verificar o interesse desses profissionais em participar dos grupos de discussão.

Para a realização dos grupos, tanto de psicólogos quanto multiprofissionais, buscamos contemplar, na escolha dos participantes, o maior número possível de municípios. No caso dos psicólogos, priorizamos aqueles que haviam, na ocasião do mapeamento, manifestado interesse em participar da pesquisa. O convite para participação nos grupos foi realizado com cerca de um mês de antecedência, com envio de ofício por *e-mail* e contato telefônico. Para a composição dos grupos multiprofissionais, solicitamos a presença de dois profissionais do mesmo serviço ou equipamento, com vistas a contemplar o profissional de psicologia e algum de outra profissão que integrasse a equipe multidisciplinar. Já para o grupo de psicólogos, adotamos o critério de não participação concomitante de pessoas da mesma instituição, possibilitando, assim, que uma diversidade maior de serviços/equipamentos fossem representados.

A diferença na composição dos grupos – apenas com psicólogos e com a presença de outros profissionais – justifica-se pela possibilidade de uma maior diversidade de dados. O Grupo de Psicólogos permite identificar modos de atuação e dilemas vividos especificamente pelo psicólogo em sua prática diária; por outro lado, a observação de questões relacionadas à interdisciplinaridade efetiva-se melhor no Grupo Multiprofissional (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012).

No total, 37 profissionais de 13 municípios diferentes participaram dos grupos distribuídos da seguinte forma:

1. Grupo de Psicólogos, que conta com a presença de 10 profissionais que atuam em: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), Centro POP, Centro de Referências Especializado de

Assistência Social (CREAS), Serviço de Acolhimento e Serviço Especializado de Abordagem Social, de três diferentes cidades.

2. Grupo Multiprofissional de Saúde, formado apenas por profissionais dessa área, que atuam nos Consultórios de Rua e nos CAPSad – visto que são as duas principais políticas públicas do setor da saúde que atendem este público. Participaram desse grupo quinze pessoas de seis cidades de diferentes regiões do estado. A maioria dos participantes, oito deles, são psicólogos. O restante do grupo é composto por: duas assistentes sociais, duas terapeutas ocupacionais, dois redutores de danos e uma técnica de enfermagem.
3. Grupo Multiprofissional Intersetorial, que contempla profissionais de serviços oferecidos pela assistência social e saúde, sendo eles: Serviço Especializado de Abordagem Social, CAPSad e Centro POP. Participaram 12 pessoas que atuam em quatro municípios mineiros, sendo seis psicólogos, quatro assistentes sociais, um pedagogo e um técnico de enfermagem.

A Tabela 1 ilustra a participação de psicólogos e outros profissionais nos três grupos realizados².

Tabela 1 – participantes dos grupos

Grupo	Participantes		
	Psicólogos	Outros profissionais	Total
Grupo Multiprofissional da Saúde	8	7	15
Grupo Multiprofissional Intersetorial	6	6	12
Grupo de Psicólogos	10	0	10
Total	24	13	37

Fonte: Crepop/CRP-MG.

Outro instrumento de pesquisa utilizado é a entrevista semiestruturada. Foram realizadas seis entrevistas, três delas com gestores de serviços e três com psicólogos. Como fizemos uso apenas das entrevistas com psicólogos, não vamos nos ater à contextualização das demais entrevistas.

As entrevistas com psicólogos tiveram o objetivo de “levantar dados referentes à prática profissional do psicólogo” (CONSELHO FEDERAL DE

² Outras informações sobre os participantes podem ser consultadas no Apêndice C.

PSICOLOGIA, 2012, p.21) e foram realizadas com três profissionais que atuam nas áreas de saúde e assistência social. Dentre as psicólogas entrevistadas, duas fizeram parte também dos grupos, sendo estas Sheila e Roberta³.

Para produção deste artigo, fizemos a análise do conteúdo dos relatórios descritivos de cada grupo elaborados para a pesquisa nacional – voltando nas transcrições quando considerávamos necessário – e das transcrições das entrevistas. A utilização do método de análise do conteúdo pressupõe um direcionamento “a partir da sensibilidade, da intencionalidade e da competência teórica do pesquisador” (FRANCO, 2005, p.16). A realização de inferências – ou seja, a comparação dos dados obtidos mediante discursos e símbolos, com os pressupostos teóricos e metodológicos de diferentes concepções de mundo, de indivíduo e de sociedade – é uma importante finalidade desse método, pois é o que confere à análise relevância teórica (FRANCO, 2005).

Optamos por, ao invés de a todo o momento escrever o nome completo de cada instrumento, utilizar as seguintes siglas:

1. Grupo de Psicólogos – GP
2. Grupo Multiprofissional de Saúde – GS
3. Grupo Multiprofissional Intersetorial – GI
4. Entrevista com Psicólogo de um serviço da Assistência Social executado diretamente pelo governo municipal – EAS
5. Entrevista com Psicólogo da Saúde – ES
6. Entrevista com Psicólogo de um serviço da Assistência Social executado por uma instituição do Terceiro Setor – ETS

Os roteiros das entrevistas e dos grupos se encontram nos Apêndices D, E e F.

3 Todos os nomes são fictícios.

3. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

O conceito apresentado no Decreto nº 7.053/2009, que regulamenta a PNPR, define essa população como:

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, 2009a, p.16)

A partir dessa definição, percebemos que a pobreza extrema é um dos aspectos que caracterizam essa população. As pessoas em situação de rua estão submetidas à total limitação de renda – que impede que elas satisfaçam necessidades mínimas, como alimentação e moradia –, mas combinado a isso há a impossibilidade de acesso a condições de promoção e garantias de direito que possam sanar essa limitação. Referimo-nos aqui, portanto, a uma situação de vulnerabilidade social (MINAS GERAIS, 2012a, s/p).

Nesse sentido, para uma melhor compreensão do fenômeno da PSR, faz-se necessária uma contextualização acerca da criação do Estado de Direitos, além de buscar compreender como se dá o processo de exclusão social.

A existência de PSR não é um fato novo. Sua origem parece estar ligada ao renascimento das cidades, fruto do surgimento do capitalismo.

Findo o sistema servil, já não interessava a preservação, por parte dos velhos senhores, das classes despossuídas. Cada um teria de buscar seu sustento no novo mundo do mercado. E não havia trabalho para todos, nem habitação, nem comida. Muitos trabalhavam e viviam *no meio da rua*. (BURSZTYN, 2003a, p.19, grifo do autor)

Durante o século XX, a ascensão do capitalismo deu a esse sistema econômico uma faceta mais inclusiva e humana, com o surgimento de políticas de proteção de riscos sociais. Esse contexto trouxe a esperança de uma sociedade mais justa e menos desigual e da ampliação do trabalho formal (BURSZTYN, 2003a). Para Sposati (1998), a criação do Estado de Bem-Estar Social, no pós-guerra, concretiza a noção da universalidade da condição de cidadania e possibilita problematizar a questão da inclusão social, que se estabelece como responsabilidade social do Estado, no modelo capitalista. Para se pensar a igualdade, desenvolve-se o conceito de equidade, que passa a garantir o direito à diferença – não sendo mais demandado um

padrão homogêneo, mas sim, equânime. A criação, em 1948, da Declaração dos Direitos Humanos representou mais um influente passo para a busca da consolidação de condições de igualdade, tendo-se em vista suas múltiplas diretrizes – capazes de conjugar o catálogo de direitos civis e políticos ao catálogo de direitos sociais, econômicos e culturais.

Sposati (1998, p.1) pondera, entretanto, que a noção da universalidade da condição de cidadania não significa “a plena redistribuição da riqueza social construída pela sociedade, mas a possibilidade da aquisição de um nível cidadão de acessos sociais”. Esse contexto é importante para a criação e fortalecimento de movimentos sociais, para que haja inclusão e legitimação de suas lutas, mas não é suficiente para

[...] aniquilar com a exclusão inerente ao modo de produção capitalista, já que é cada vez mais evidente que o pleno emprego é incompatível com o processo de acumulação. Assim a impossibilidade de universalização do emprego é a primeira grande e universal manifestação de exclusão social sob o capitalismo. (SPOSATI, 1998, p.1)

Sawaia (2012a) e Sposati (2008) citam a perspectiva marxista para afirmar que a exclusão é elemento estruturante do capitalismo. As ideias de Marx demonstram como o sistema capitalista sustenta-se pela miséria e pela servidão de grande parcela da população ao incluir o trabalhador na sociedade, mas, ao mesmo tempo, aliená-lo de seu esforço vital. A exclusão está, portanto, inserida

[...] nas estratégias históricas de manutenção da ordem social, isto é, no movimento de reconstituição sem cessar de formas de desigualdade, como o processo de mercantilização das coisas e dos homens e o de concentração de riquezas, os quais se expressam nas mais diversas formas: segregação, *apartheid*, guerras, miséria, violência legitimada. (SAWAIA, 2012a, p.109)

Além disso, para Sawaia (2012b, p.8) o conceito de exclusão tem embutido em si seu próprio oposto: a inclusão.

A sociedade exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem social desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão. Todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do econômico.

Se, comumente, a inclusão é relacionada à adaptação e normatização e à ideia de culpabilização individual, a percepção dialética a funde a mecanismos psicológicos de coação que servem à manutenção da ordem social, num

processo que liga o excluído ao restante da sociedade – igualando-o aos demais – e, ao mesmo tempo, atribui a exclusão a uma incapacidade do indivíduo. Nesse sentido, a ideia de nós exerce um papel essencial

no mecanismo psicológico principal da coação social nas sociedades onde prevalece o fantasma do uno e da desigualdade, que é o de culpabilização individual. O pobre é constantemente incluído, por mediações de diferentes ordens, no nós que o exclui, gerando o sentimento de culpa individual pela exclusão. (SAWAIA, p.9, 2012b)

Sposati (1998) destaca os pensamentos de Marx e de Adam Smith para pensar a exclusão. Enquanto Marx a concebe como uma lógica inerente ao processo de produção – já que este é estruturalmente excludente –, Adam Smith a situa no patamar de uma condição pontual, individual e meritocrática. Apesar de constituírem formas antagônicas de pensamento – já que Smith a colocava como uma condição individual, enquanto Marx a demonstrou como um resultado direto do sistema de produção das sociedades capitalistas – ambas deixaram como legado ao senso comum a “naturalização” da exclusão. Porém, para a autora, é essencial compreender os motivos que levaram à acentuação do fenômeno da exclusão social nos últimos tempos.

Certamente a novidade não advém imediatamente da economia, já que aqui reside o caráter mais estrutural e centenário da exclusão social, e sim de outros fatores que vão se agregar a este e construir uma nova visibilidade ao processo de exclusão para o Primeiro e o Terceiro mundo. (SPOSATI, 1998, p.2)

Sposati (2008) ainda diferencia os conceitos de exclusão e pobreza. Pobreza se refere à incapacidade aquisitiva; e exclusão vai além disto, incluindo elementos éticos, culturais, comportamentais e, ainda, atitudinais. Dessa forma, pobre é considerado aquele que não tem; e, excluído, implica alguma adjetivação aliada à pessoa – como, por exemplo, mulher, negro, homoafetivo, idoso. Com o objetivo de clarear esses conceitos, Sposati (2008) cita um relatório do Banco Mundial que afirma que

[...] enquanto pobreza diz respeito ao padrão de vida obsoleto de uma parte da sociedade – os pobres –, desigualdade se refere a padrões de vida relativos de toda a sociedade, mas a desigualdade mínima (situação em que todos são iguais) é possível tanto com pobreza zero (ninguém é pobre) quanto com pobreza máxima (todos são pobres). (BANCO MUNDIAL *apud* SPOSATI, 1998, p.4)

O pensamento de Sawaia (2012a), ao indicar que a produção da exclusão assenta-se em questões sociais, parece estar em consonância com a perspectiva adotada por Sposati (1998). Como afirma a autora (SAWAIA, p.112, 2012a), a exclusão “é processo complexo, configurado nas confluências entre o pensar, sentir e o agir e as determinações sociais mediadas pela raça, classe, idade e gênero [...]”. Também pensando sobre a relação entre exclusão e pobreza, Bursztyn (2003b) parece sugerir que a associação entre os dois fenômenos aconteceria a partir da omissão do Estado em relação a problemas sociais. “Quando o Estado não proporciona mecanismos de proteção social amplos e universais, a exclusão tende a se manifestar não apenas na dimensão social, mas também na esfera da sobrevivência” (BURSZTYN, 2003b, p.37). Um dado da pesquisa realizada com a PSR de Minas Gerais corrobora essa argumentação. Com relação à cor/raça, a pesquisa constata que a maioria dessa população é constituída por negros ou pardos (66,6%). Se for acrescentado a esse número a quantidade dos que se dizem “morenos” (15,8%), encontraremos que 82,4% da PSR é formada por afrodescendentes (MINAS GERAIS, 2012a).

No final do século XX, a tendência de surgimento de políticas de proteção de riscos sociais sofre um reverterio, há aumento das desigualdades e intensificação da pobreza extrema. As populações mais pobres, que antes ocupavam um nível inferior do sistema, sem possibilidades de emprego e, portanto, sem acesso ao consumo, são excluídas do circuito capitalista.

Sobrevivem, mas valendo-se apenas de um acesso precário a mecanismos públicos, como a assistência social e os serviços de saúde e, de forma assistemática, também, a caridade privada, a filantropia ou as entidades assistenciais religiosas. Infra-estrutura(*sic*) privada, como habitação, vai-se tornando algo distante, inacessível. Trabalham, muitas vezes, mas não são empregados. Obtém alguma renda, mas de forma assistemática e pouco convencional. Transformam o espaço público – as ruas – em seu universo de vida e de sobrevivência privado. Às vezes tornam-se perigosos, na medida em que praticam delitos; ou simplesmente são estigmatizados como risco à segurança pública. (BURSZTYN, 2003a, p.20)

Esse cenário configura um impasse: os problemas advindos da exclusão do mundo do trabalho geram uma demanda cada vez maior de ações para seu enfrentamento; no entanto, o poder público, tomado por práticas liberais, pouco tem investido em políticas de proteção social (BURSZTYN, 2003b).

Ao pensar sobre os aspectos históricos da constituição do Estado Brasileiro, Sposati (1998) salienta o processo da exclusão social aqui existente. Dessa forma, a autora enfatiza que se trata de uma sociedade que já se origina tendo como parte de sua construção o conceito discriminador entre colonizador e colonizado. Soma-se a esses aspectos o processo de escravidão, o qual “sequestrou a condição humana à elite e fez de negros e

índios objetos de demonstração de riqueza” (SPOSATI, 1998, p.4). Fica claro que o processo de construção da sociedade brasileira já ocorre de maneira diferenciada e que esses fatos representam entrave para a construção da universalidade de condição de vida humana e digna para todos os brasileiros.

Especificamente, quanto à PSR, sua presença nos grandes centros urbanos brasileiros relaciona-se ao processo de êxodo rural. Na segunda metade do século XIX, o índice de urbanização no Brasil passa, espantosamente, de 30% para 80%. O crescimento industrial promovido no primeiro governo de Getúlio Vargas e as obras de infraestrutura executadas no mandato de Juscelino Kubitschek impulsionam claramente a ida das pessoas do campo para as cidades. No entanto, o desenvolvimento das grandes cidades como motivador para a saída do meio rural deve ser analisado conjuntamente com a política agrária que tem sido adotada desde sempre no país. Há, no Brasil, a perenização de um *status quo* rural, impedindo a implementação de uma política de transformação da estrutura fundiária que assegure a todos o acesso à terra.

A evasão das populações do campo reflete o estrangulamento da capacidade dos sistemas econômico e social do meio rural brasileiro de reter os pequenos agricultores, sejam eles proprietários ou não de terras. E um dos principais fatores da migração é a falta de oportunidades de engajamento dos mais jovens no mercado de trabalho rural. (BURSZTYN, 2003b, p.45)

No início do crescimento industrial no Brasil, década de 1950, os migrantes são absorvidos pelos empregos que estão surgindo. Com o passar do tempo, entretanto, a diferença entre as pessoas que chegam à cidade e os postos de trabalho cresce e acentua-se, principalmente, nas épocas de crises e recessões. Mas o Estado não assiste inerte à ocupação dos grandes centros pela pobreza. A partir da década de 1960, algumas cidades adotam políticas públicas de remoção de favelas e invasões, expulsando a pobreza para a periferia. Bursztyn (2003b) explica a dinâmica do crescimento da PSR no Brasil pela relação entre um contexto de estrangulamento do mercado de trabalho e o confronto de forças – centrífugas e centrípetas – presentes no desenvolvimento urbano brasileiro. A força centrífuga, produzida por políticas públicas de melhoria de infraestrutura urbana e, conseqüente, valorização das áreas centrais, afasta a miséria dos centros urbanos, levando-a para a periferia. Em oposição, as precárias condições das periferias e as poucas perspectivas de trabalho nas áreas rurais impulsionam a miséria para o centro das grandes cidades, agindo, assim, como força centrípeta.

Aeixe (2011) aponta que, historicamente, o poder público brasileiro lida com a questão da PSR de forma similar ao médico que, ao invés de combater as causas da doença, conduz o tratamento focando apenas nos sintomas, ou

seja, as ações governamentais têm se pautado na retirada dessa população das ruas e no seu isolamento. Ressaltamos, no entanto, que, numa retrospectiva mais detalhada das políticas públicas voltadas para a PSR no Brasil e dos marcos normativos⁴ que regulamentam, é possível perceber que, nos últimos 30 anos, apesar do Estado não ter conseguido alterar completamente esse cenário, algumas mudanças importantes são ou estão sendo consolidadas como resultado de demandas advindas da organização da própria PSR.

O Brasil registra, a partir do final da década de 1970, o surgimento de diversos movimentos sociais imbuídos nas lutas pela ampliação dos direitos de cidadania e da participação política. Nos anos 80, a abertura política do país permite também que despontem as primeiras diligências de organização da PSR – recebendo, depois, o apoio de diversos atores, como as organizações internacionais, estudiosos, especialistas e movimentos religiosos. A constituição desses movimentos vem de encontro à “crença desenvolvida pelas práticas caritativas e assistencialistas de que esse segmento da população não teria força de mobilização para buscar politicamente transformações individuais e coletivas” (BRASIL, 2011a, p.14).

Esse novo contexto permite, assim, a adoção, pelas instituições que prestam apoio à PSR, de uma nova perspectiva de atuação que se distancia de ações assistencialistas e repressoras e orienta-se para “a afirmação do acesso desta população ao direito humano à vida e à dignidade” (BRASIL, 2011a, p.15).

Em Belo Horizonte, a Secretaria Municipal de Saúde, percebendo a necessidade de implantação de serviços adequados à PSR, cria, em 2002, a primeira equipe de Saúde da Família voltada para o atendimento a essa população⁵. Sem território de abrangência fixa, essa equipe de Saúde da Família toma para si a função de

ser o equipamento de saúde de referência para essa população e assume a vocação de matriciar as demais eSF [equipes de Saúde da Família] do município na sensibilização do cuidado à PSR eventualmente presente nos territórios dessas equipes, de forma transversal. (BRASIL, 2012b, p.18)

Estratégia que, posteriormente, também é adotada por outros municípios, como São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Curitiba.

Sobre a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), sua última versão, aprovada em 2004, reconhece a PSR como um dos segmentos com

4 Nosso objetivo aqui não é empreender uma revisão exaustiva, mas destacar alguns pontos relevantes. A listagem completa dos marcos normativos encontra-se no Apêndice A.

5 As tradicionais equipes de Saúde da Família são responsáveis por uma determinada área geográfica e sua população correspondente. Assim, o caráter nômade da PSR faz com que essa estratégia não seja adequada ao seu atendimento.

os quais a assistência social deve atuar. De acordo com essa política, a essa população serão dirigidas ações da proteção social especial, priorizando “os serviços que possibilitem a organização de um novo projeto de vida, visando criar condições para adquirirem referências na sociedade brasileira, enquanto sujeitos de direitos” (BRASIL, 2005, p.31).

Em agosto de 2004, as diversas organizações sociais envolvidas com a questão da PSR, em meio à comoção causada pela morte brutal de moradores de rua da região central da cidade de São Paulo, percebem a necessidade de se organizarem como movimento social e exigir sua participação nos conselhos de assistência social e na elaboração de uma política nacional para a PSR. Assim, no 4º Festival Lixo e Cidadania, que acontece em setembro de 2005, é lançado o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR).

Ainda em 2005 ocorre o I Encontro Nacional de População em Situação de Rua, organizado pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Contando com a presença de representantes de entidades da própria PSR, de organizações governamentais de vários municípios e do MDS, esse encontro tem como objetivo “fazer uma análise da realidade de vida desta população no Brasil, com a participação de atores qualificados, e traçar estratégias e diretrizes para a construção de políticas nacionalmente articuladas” (BRASIL, 2011a, p.17).

Em dezembro desse mesmo ano, já como réplica às demandas que são expostas no encontro, é sancionada a Lei nº 11.258/2005, que altera a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), 12 anos após sua promulgação, incluindo nesse setor programas específicos para a PSR (BRASIL, 2011a). Se nos atentarmos para o significado da LOAS para a Assistência Social no Brasil, que a regulamenta como política de Estado de caráter de direito não contributivo e rompe com a tradição clientelista e assistencialista que por muito tempo permeou essa área (BRASIL, 2008a), percebemos o equívoco de a PSR não ter sido contemplada nessa lei desde o início e a importância da articulação dessas pessoas como movimento social para que essa situação fosse modificada.

Continuando nossa retrospectiva histórica dos marcos normativos, em 2006, a Portaria MDS nº 381, assegura recursos de cofinanciamento federal para municípios com mais de 300 mil habitantes e que possuem PSR, visando ao apoio à oferta de serviços de acolhimento destinados a esse público (BRASIL, 2006).

Outra consequência do I Encontro Nacional de População em Situação de Rua, o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), com o objetivo de “elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para inclusão social da população em situação de rua” (BRASIL, 2011a, p.17), é instituído em 25 de outubro de 2006. O grupo, coordenado pelo MDS, tem a participação de representantes de outros Ministérios – Saúde, Educação, Trabalho e Emprego, Cidades, Cultura –, da Secretaria Nacional de Direitos Humanos (SDH), do

MNPR, da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (Congemas). Desse grupo nasce o texto da PNPR que, antes de ser aprovado pelo Decreto nº 7.053, em 23 de dezembro de 2009, passa por alterações advindas de contribuições colhidas em seminários realizados em diversas cidades e num processo de consulta pública.

Esse decreto, como já exposto anteriormente, traz a definição de quem são os beneficiados de tal política e institui parâmetros para sua descentralização, contando com os estados, municípios e até mesmo o terceiro setor em sua execução. Para a realização da política, são adotados princípios além dos de equidade e igualdade, entre os quais se destacam o respeito às condições sociais e diferenças de origem – raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa e pessoas com deficiência – e o atendimento humanizado. (BRASIL, 2009a). As diretrizes da política podem ser resumidas, aqui, na conjunção dos vários serviços com vistas ao atendimento integral dessa população. Adota-se uma perspectiva intersectorial

de negociação permanente para o desenvolvimento de serviços, programas, projetos e benefícios que atendam aos direitos humanos das pessoas em situação de rua nas diversas políticas públicas, de modo a formar uma rede que assegure a efetividade e a qualidade da atenção ofertada. (BRASIL, 2011a, p.18)

Destacamos, em consonância com os Direitos Humanos, o Art. 6º inciso I, no qual constam como diretrizes a “promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais” (BRASIL, 2009a, p.16), entre outras. Além das diretrizes operacionais, o decreto traz os parâmetros à implementação da PNPR e institui o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua – que tem, entre outras atribuições, a responsabilidade de acompanhar e monitorar a política, buscando assegurar sua intersectorialidade. Merece destaque também a previsão de implantação, pela SDH, do Centro Nacional em Defesa dos Direitos Humanos para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009a).

Com a Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 109, de 2009, tipificam-se os serviços socioassistenciais em âmbito nacional, agrupando na Proteção Social Especial os serviços destinados ao atendimento à PSR, a saber: Serviço Especializado de Abordagem Social, Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, Serviço de Acolhimento Institucional – que inclui adultos e famílias em situação de rua – e Serviço de Acolhimento em República – que inclui adultos em processo de saída das ruas. (BRASIL, 2009b).

A questão do abuso de drogas também tem sido alvo de políticas públicas dirigidas à PSR. Assim, o Ministério da Saúde (MS) inclui o Consultório de Rua – que se caracteriza, principalmente, pela oferta de cuidado no espaço da rua – no Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção

em Álcool e outras Drogas (PEAD) no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC), em 2009 e 2010, respectivamente. Essa ação tem como objetivo a ampliação do acesso aos serviços pela PSR e melhora e qualificação do atendimento aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010a).

Em 2010, a Instrução Operacional Conjunta nº 07, da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc) e da SNAS, ambas do MDS, reúne orientações aos municípios e ao Distrito Federal para a inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico). A inclusão desse segmento populacional no CadÚnico possibilita seu maior acesso a programas, serviços e benefícios socioassistenciais. Além disso, as informações colhidas servem ao aprimoramento da atenção a essa população nas políticas públicas (BRASIL, 2011a).

Também em 2010, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) acordou critérios de partilha de recursos do cofinanciamento federal para a Expansão dos Serviços Socioassistenciais com recursos advindos do PIEC (Decreto nº 7179, de 2010), destinando pela primeira vez, recursos do cofinanciamento federal para a oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, com a implantação de Centros POP, em municípios com mais de 250 mil habitantes e no Distrito Federal (BRASIL, 2011b). Nesse mesmo ano, é promulgada a Portaria nº 843 (BRASIL, 2010b), que dispõe sobre o cofinanciamento federal, por meio do Piso Fixo de Média Complexidade (PFMC), dos serviços socioassistenciais ofertados à PSR pelos CREAS e pelos Centros POP.

A Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria nº 2.488 de 2011, reúne duas experiências anteriores – Consultório de Rua e Estratégia de Saúde da Família sem Domicílio – na formulação de um novo modelo de cuidado integral da saúde da PSR. Do Consultório de Rua aproveita-se a experiência itinerante com a perda, no entanto, do foco na saúde mental, adotando-se, dessa forma, a perspectiva de atenção integral à saúde, trazida pela Estratégia de Saúde da Família sem Domicílio. Surge, assim, o Consultório na Rua, que compõe a “atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial [...], buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas” (BRASIL, 2012b, p.13).

Há ainda o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua que está previsto para ser efetivado entre os anos de 2012 e 2015. A finalidade desse plano é reduzir as desigualdades e iniquidades existentes em relação ao atendimento da PSR, visando garantir o acesso aos serviços do SUS e a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das condições de vida

nas ruas. Dessa forma são previstas ações intra e intersetoriais, e ainda transversais, que priorizem esse público (BRASIL, 2012a).

Em Minas Gerais, o governo do estado ainda não aderiu à PNPR e também não há formulada nenhuma política específica para o atendimento a essa população. No entanto, no Programa Aliança pela Vida, criado em agosto de 2011 e estruturado como um conjunto de ações voltadas para o enfrentamento ao uso de drogas, sobretudo ao uso do *crack*, há algumas intervenções que abrangem esse público. Esse programa possui como característica o estabelecimento de parcerias entre o Estado e a sociedade civil, sendo desenvolvidas dessa forma várias ações, dentre elas interessa-nos a “Rua Livre”. Essa atividade tem a participação de profissionais da saúde e da segurança pública e é descrita como acolhimento e encaminhamento para tratamento de dependentes que se encontram em pontos de consumo e venda de drogas espalhados pela cidade, visando posterior ocupação desses espaços com atividades culturais, esportivas e de lazer (MINAS GERAIS, 2012b).

Diante da exposição da única ação estadual para lidar, ainda que indiretamente, com essa população, é possível perceber que o posicionamento desse governo não está em consonância com as diretrizes nacionais – que veem as pessoas em situação de rua como sujeitos que trabalham, que circulam pela cidade e com potencialidade de mudança de vida. Pelo contrário, parece ainda haver um predomínio de uma lógica higienista, com essas pessoas sendo vistas como um problema social que precisa ser camuflado – retirando-as das ruas e internando-as em comunidades terapêuticas⁶, deixando a “rua livre” para os “cidadãos”. Além disso, o fato de privilegiar parcerias com a sociedade civil organizada para a execução do programa sugere a descontinuidade dessas ações. Entretanto, a pesquisa realizada em âmbito estadual sobre a PSR (MINAS GERAIS, 2012a) indica que os olhares do poder público estadual começam a se voltar para esse segmento populacional.

O processo de mapeamento realizado durante a pesquisa permitiu que verificássemos, em nível municipal, a implantação da PNPR no estado de Minas Gerais. No âmbito da assistência social, encontramos, em cada um dos 29 municípios pesquisados, pelo menos um serviço voltado para o atendimento à PSR, mas nem todos os serviços possuem psicólogo atuando. Isso acontece em serviços de abordagem social, abrigos, albergues e repúblicas.

Dentre os 29 municípios pesquisados, não encontramos o Serviço Especializado de Abordagem Social, ou serviço similar, em apenas dois municípios, Itabira e Muriaé.

6 No Programa Aliança Pela Vida, há um eixo que prevê o repasse de verbas públicas às comunidades terapêuticas para que essas ofereçam tratamento às pessoas recolhidas.

O Centro POP está implantado em cinco cidades: Belo Horizonte, Contagem, Governador Valadares, Juiz de Fora e Uberaba. Há previsão de implantação desse serviço em mais quatro municípios do Estado: Betim, Divinópolis, Montes Claros e Santa Luzia. O município de Belo Horizonte possui duas unidades do Centro POP, que se diferenciam pela especificidade do público atendido – sendo um voltado para o atendimento da população adulta e o outro para atendimento de crianças e adolescentes. Em Uberlândia, não há Centro POP, mas o município possui um serviço chamado População de Rua que oferta atendimento a pessoas que se encontram nessas condições. Esse atendimento é realizado por meio de uma ronda social que tem como objetivo localizar essas pessoas e encaminhá-las para os serviços de saúde e assistência social, além da distribuição de kits de alimentação e de higiene pessoal. Essa equipe é composta por agentes sociais de nível médio e não possui psicólogo.

Quanto aos serviços de acolhimento institucional, ofertados pela alta complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), apenas 14 municípios⁷ dos 29 mapeados possuem algum tipo de equipamento para esse fim.

Temos, também, em algumas cidades, serviços que nasceram de iniciativas da sociedade civil organizada e que possuem convênios públicos para atendimento a essa população.

No setor da saúde, identificamos: o Consultório de Rua⁸, as Escolas de Redução de Danos, o CAPSad e também outros serviços específicos implantados pelos municípios. O CAPSad foi encontrado em 11 cidades⁹ e há previsão de implantação desse equipamento em outras seis cidades¹⁰ pesquisadas. O Consultório de Rua foi encontrado em cinco municípios¹¹. Quanto à Escola de Redução de Danos, foi localizada em três¹² municípios.

Nos próximos tópicos deste artigo, trataremos das atividades realizadas pelos profissionais da psicologia nesses diversos equipamentos, destacando o comum e o específico de cada serviço. Serão discutidas as

7 Araguari, Barbacena, Belo Horizonte, Contagem, Divinópolis, Governador Valadares, Ipatinga, Montes Claros, Muriaé, Passos, Pouso Alegre, Sete Lagoas, Teófilo Otoni e Uberaba.

8 Como mencionado anteriormente, a partir de 2011, com a aprovação da atual Política Nacional de Atenção Básica, e em decorrência de algumas adaptações da experiência do Consultório de Rua, cria-se o Consultório na Rua – com enfoque na atenção integral à saúde da PSR e não apenas na saúde mental (BRASIL, 2012b). Com isso, as equipes de Consultório de Rua já existentes precisam se adaptar ao novo modelo para recebimento de financiamento do Governo Federal (BRASIL, 2012c). No entanto, à época da pesquisa, todas as equipes mapeadas ainda mantinham o trabalho nos moldes do Consultório de Rua.

9 Araguari, Belo Horizonte, Betim, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Ibirité, Montes Claros, Uberaba, Uberlândia.

10 Barbacena, Coronel Fabriciano, Divinópolis, Itabira, Santa Luzia, Teófilo Otoni.

11 Barbacena, Belo Horizonte, Juiz de Fora, Uberaba, Uberlândia.

12 Uberlândia, Juiz de Fora, Barbacena.

especificidades do fazer da psicologia, bem como os recursos técnicos e teóricos utilizados pelos profissionais no desenvolvimento de suas práticas. A dimensão ético-política do trabalho surgirá no texto a partir de discussões que foram delineadas como imperativos de conduta para a atuação do psicólogo. Por fim, será realizada análise dos desafios colocados para a efetiva concretização das políticas públicas para a PSR.

4. O TRABALHO COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este tópico traz apontamentos e reflexões críticas a respeito das práticas desenvolvidas pelos profissionais que se encontram vinculados às políticas públicas direcionadas à PSR. Apresentaremos os serviços/equipamentos que tiveram representantes participando de nossa pesquisa – grupos e entrevistas – no intuito de identificar as atividades específicas a cada um deles, bem como apontar as similitudes existentes entre os mesmos. É necessário ressaltar que a minoria dos participantes descreve detalhadamente seus afazeres cotidianos, sendo possível observar, por vezes, que suas atividades são apenas citadas ou narradas de modo pouco específico.

Por meio dos profissionais que fizeram parte da nossa pesquisa identificamos que as atividades desenvolvidas nos serviços/equipamentos que atendem à PSR possuem grande diversidade. Dentre essas atividades, podemos citar: estudo dos marcos normativos, mapeamento dos usuários, busca ativa, abordagem, articulação de rede, encaminhamento, acolhimento, atendimento psicossocial, referenciamento dos pacientes, acompanhamento, contra referenciamento, elaboração de planos de atendimento, realização de oficinas, elaboração de relatórios, participação em reuniões.

Podemos dizer que os diferentes serviços/equipamentos possuem modos de funcionamento que, por um lado, se assemelham em virtude da sua própria gênese conceitual e que, por outro lado, se diferenciam no intuito de atender as singularidades sob as quais atuam. A diversidade de práticas e de serviços/equipamentos mostra-se fundamental para garantir a amplitude do atendimento, uma vez que as questões que atravessam os usuários são inúmeras e as possíveis complexidades existentes no acompanhamento de cada caso podem apresentar-se como fatores complicadores. Assim, dispor de variada gama de ações é fundamental, tendo-se em vista que nenhum serviço/equipamento seria capaz de oferecer sozinho um atendimento integral.

É possível dizer que a finalidade desses serviços/equipamentos consiste em assegurar os atendimentos, bem como a promoção de atividades que sejam direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades; e isso no intuito de fortalecer os vínculos interpessoais e/ou familiares e criar outros que direcionem a construção de novos projetos de vida. É importante ressaltar que os pilares ético-políticos que norteiam as práticas desenvolvidas nesses serviços/equipamentos são os direitos socioassistenciais, o trabalho em rede e construção de novos projetos de vida. Eles devem oferecer acolhida e promover o acesso a serviços socioassistenciais das políticas públicas setoriais, conforme as necessidades apresentadas (BRASIL, 2011b).

Os principais serviços/equipamentos voltados ao atendimento à população em situação de rua são: Serviços de Acolhimento Institucional, Serviços de Acolhimento em República, Centro POP, Serviço Especializado de Abordagem Social, Consultório de Rua e CAPSad. Durante a pesquisa contamos com a participação de pelo menos um profissional de cada um deles. Apresentaremos, agora, de acordo com o que é trazido pelos participantes da pesquisa, as especificidades de cada um desses serviços e equipamentos no atendimento às pessoas em situação de rua e, em seguida, os aspectos que são comuns a todos eles.

4.1 Serviços de Acolhimento Institucional (Abrigos Institucionais e Casas de Passagem) e Serviços de Acolhimento em República

Os Serviços de Acolhimento Institucional e em República integram a Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS. A especificidade desses serviços está na oferta de proteção integral que garanta condições de estadia, convívio, endereço de referência, para acolher com privacidade pessoas em situação de rua, assim como famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça (BRASIL, 2011b).

Uma das modalidades existente desses serviços oferece acolhimento para famílias em situação de rua. Esse é o caso do abrigo onde atua Poliana (GP). Segundo ela, como muitas dessas pessoas não possuem documentação, uma das primeiras atividades da equipe quando estas chegam ao abrigo é o encaminhamento para serviços que resolvam essa questão. Em situações nas quais os pais são usuários de álcool e outras drogas, estes são encaminhados para acompanhamento no CAPSad. Caso não venham a aderir ao tratamento e, conseqüentemente, seus filhos sejam negligenciados, o conselho tutelar é acionado. Para as crianças, são providenciadas vagas em creches e escolas. Existem outros serviços que são oferecidos a esse público, voltados à profissionalização e à tentativa de construção da autonomia destes: “[...] a rede até oferece um suporte, né?! Assim, você tem curso de capacitação, cursos profissionalizantes, tem vagas de trabalho” (Poliana, GP).

Já André (GP), que atua em Abrigo Institucional e Casa de Passagem voltados para o atendimento de adultos, afirma que a primeira atividade com a pessoa em situação de rua é a realização do “levantamento da história de vida da pessoa, conversa” (André, GP) e, com base no que é percebido, são realizados os devidos encaminhamentos.

Podemos observar, baseados nas falas, que os serviços, embora semelhantes e integrando a mesma complexidade dentro da hierarquia da LOAS, apresentam suas especificidades regionais. Tais especificidades exigem dos psicólogos atenção a cada demanda que surge de acordo com o sujeito que se apresenta ao serviço, sejam famílias inteiras ou indivíduos.

4.2 Centro de Referência Especializado de Assistência Social para a População em Situação de Rua (Centro POP)

O Centro POP constitui-se enquanto uma unidade de referência da proteção social especial de média complexidade¹³. Com papel importante no alcance dos objetivos da PNPR, esse equipamento oferta atendimento a moradores de rua, adultos, de ambos os sexos, que chegam espontaneamente ou encaminhados pela rede de atendimento e possui como objetivos o fortalecimento do vínculo dos usuários com a equipe, possibilitando encaminhamentos diversos que visem à superação da situação de rua; a contribuição com a melhoria da autoestima; o despertar do desenvolvimento de consciência crítica com relação à cidadania, direitos e deveres; e o acompanhamento do usuário a partir das demandas apresentadas (BRASIL, 2011b).

O Centro POP é caracterizado pelos participantes como um espaço de referência para as pessoas em situação de rua, onde estas podem alimentar-se, cuidar da higiene pessoal e lavar suas roupas, além de receberem encaminhamentos para outros serviços e para obtenção de benefícios e documentação.

Sheila e Janete (G1) trabalham em um equipamento que, apesar de denominado como Centro POP, atende crianças e adolescentes em situação de rua – o que torna sua prática peculiar. Segundo as diretrizes do MDS (BRASIL, 2011a), o Centro POP pode prestar atendimento a crianças e adolescentes somente quando estiverem em situação de rua acompanhados de familiar ou pessoa responsável, o que não é o caso do Centro POP no qual ambas trabalham, que atende crianças e adolescentes em situação de rua desacompanhados de suas famílias. Ainda, segundo Janete (G1), trata-se de um equipamento “que vem se adaptando e [...] grita por uma reforma”.

Sheila (G1) explica que este, antes de ter seu nome alterado para Centro POP, era um local onde eram atendidas crianças e adolescentes que moravam nas ruas e, de certa forma, uma referência para esse público. E acrescenta:

[...] por que ter um Centro POP pra criança e adolescente? Porque a gente tinha um número expressivo de criança e adolescente em situação de rua em [nome do município]. E o quê que ia fazer com esse público, né? [...] ia deixar de existir esse espaço que já existia e que eles já conheciam, que era referência, que eles acessavam ou se manteria esse espaço e tentaria, a partir da política para população em situação de rua, adaptar, né? Então, por uma questão, né, de uma opção política, manteve-se esse espaço.

13 Os serviços de média complexidade do SUAS oferecem atendimentos a famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos.

Sheila (G1) descreve seu processo de trabalho, ressaltando as especificidades do atendimento a esse público.

A gente vai fazer uma construção com ele, *né?! O objetivo principal é que ele retorne para a casa. Então, como ele começa a acessar lá, a gente vai procurar esse menino na rede, né?! Ele já foi atendido em algum lugar? O caso é acompanhado no conselho? É acompanhado no juizado? [...] A gente vai tentar conhecer a família dele, né, se ele tem uma referência familiar, quem que é essa família? Aonde ele tá? Então a gente faz uma visita domiciliar, a gente não acompanha a família, [...] mas a gente vai fazer essa visita inicial até pra mandar um relatório, né, pra subsidiar qual é o técnico que vai acompanhar essa família. E aí, a partir dessa visita a gente vai tentar estabelecer, em alguns momentos junto com o menino, um plano, né?! Vai tentar construir com ele um plano de saída das ruas e, em alguns momentos, isso não é com a participação dele, isso vai depender do grau de compreensão dele, de elaboração, né?! (Sheila, G1)*

Percebemos, assim, que o mapeamento dos espaços nos quais a criança ou o adolescente já foi atendido, o estabelecimento de contato com a família e a consideração das peculiaridades da fase de desenvolvimento pela qual está passando, que determinam sua capacidade de compreensão e elaboração da situação, apresentam-se como elementos essenciais para o acompanhamento desse público. Ademais, há a necessidade de certificação se a criança ou o adolescente realmente possui trajetória de vida nas ruas. Isso, como explica Sheila (EAS), determinará seu acesso ou não ao serviço.

Aqui é pra um público específico, *né, que é trajetória de vida nas ruas. Se ficou caracterizado que ele [a criança ou o adolescente] não tem, assim, inicialmente, ele brigou em casa e acabou de sair de casa porque brigou, aí a gente dá uma orientação pra ele, assim: ou procurar o conselho tutelar; se ele acha que é possível, conversar com a mãe dele ou com quem que for da família que estiver responsável, pra ele retornar, eu ligo e converso. Em alguns casos, a gente vai com ele até em casa [...]. Mas ele tem que concordar com isso. [...] Porque a gente tenta não inseri-lo [no equipamento] se ele não tiver trajetória, até pra ele não desenvolver a trajetória, né?! Porque é meio sedutor no início, né?! Cê vem, fica, assim, a rua, que é divertido, liberdade, né?!*

Vale lembrar que, tal como preconizado pelo MDS, o Centro POP representa um espaço de referência para o convívio grupal, social e para o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Na atenção ofertada por esse serviço, deve-se proporcionar vivências para o alcance da autonomia, estimulando, além disso, a organização, a mobilização e a participação social (BRASIL, 2011b). Com o intuito de contemplar tal perspectiva, os participantes realizam atividades em grupo com os usuários.

No Centro POP no qual Mariana (GP) atua são realizadas oficinas de arte, *hip-hop* e mosaico para geração de renda e um grupo de discussão composto por mulheres em situação de rua.

A gente junta com essas mulheres pra gente conversar coisas do dia a dia, porque a gente tinha percebido um nível alto de violência com essas mulheres, assim, e a dependência que elas têm do parceiro. Às vezes elas deixam de melhorar a situação de vida delas porque não conseguem largar do companheiro – ele que protege ela de alguma forma. A gente reúne com essas mulheres pra conversar sobre questões que elas mesmas levantam. (Mariana, GP)

Sheila, por sua vez, conta-nos que realiza, com as crianças e os adolescentes que atende, rodas de conversa com temas propostos pelos próprios usuários. Trata-se de “um espaço coletivo, assim: se pensar a rua através, né, eles falando da rua, mas de uma forma coletiva de se pensar ações coletivas pra essa construção fora da rua” (Sheila, EAS).

4.3 Serviço Especializado em Abordagem Social

O Serviço Especializado em Abordagem Social é feito de forma continuada e programada com a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, a incidência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, pessoas em situação de rua, dentre outras. Além disso, o serviço deve buscar a resolução de necessidades imediatas e promover a inserção na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos (BRASIL, s.d.).

De acordo com Rebeca, Clara e Nádia (GP), o Serviço Especializado de Abordagem Social pode se dar por meio da busca ativa – quando o profissional faz a identificação das pessoas que estão em situação de rua – e da “abordagem sistemática, que é os grupos e as pessoas que a gente já conhece e faz o acompanhamento deles, ou na rua ou fazendo encaminhamentos” (Nádia, GP).

Nádia (GP) e Nina (GI) relatam experiências sobre a realização de atendimentos em grupos. A equipe de Nina (GI) conduz um grupo de discussão facilitado por psicólogos e acompanhado por assistentes sociais em espaços localizados dentro do território e viabilizados por meio de parcerias. O trabalho realizado objetiva a conscientização e problematização de temas que sejam pertinentes às situações vivenciadas cotidianamente pelas pessoas em situação de rua.

E nesse grupo temático tem algumas atividades lúdicas [...] E tem tido um resultado bacana porque no primeiro grupo teve um número x, depois já aumentou, sabe? E, assim, tem sido bastante interessante porque, mesmo que primeiramente a proposta desse grupo temático seja para que eles se encontrem,

tenham uma autoestima, um empoderamento, um reconhecimento de sujeitos, de garantias de direitos, portador, né, de direitos, a gente vai começar a trabalhar com as outras questões que vão vir paralelas a isso. (Nina, GI)

Apesar de este ser um serviço referenciado no CREAS, não é mencionada uma articulação com os demais serviços desses equipamentos com vistas a atender às necessidades de proteção dos indivíduos acolhidos.

4.4 Consultório de Rua

Os Consultórios de Rua constituem modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seu próprio contexto de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania. Sua característica mais importante é oferecer cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população (BRASIL, 2010a).

Uma das atividades ressaltadas pelos profissionais que atuam no Consultório de Rua diz respeito à identificação de cenas de uso de drogas para, a partir disso, construir estratégias de intervenção que objetivem fornecer aos usuários acolhimento diferenciado, ou seja, um acolhimento que não tenha característica policialesca nem higienista. Ao contrário disso, e para além de uma abordagem de cunho pedagógico-moralista, o que os profissionais buscam é fornecer um ambiente no qual o usuário sinta-se respeitado e reconhecido enquanto sujeito para criar um movimento de aproximação entre essa população e os serviços de saúde. Essa perspectiva pode ser identificada com maior clarividência por meio do relato fornecido por Consuelo. Segundo ela,

[...] primeiro a gente identifica as cenas de uso, né?! Após a identificação das cenas de uso, a gente vai identificar o usuário dependente químico, né?! Identificar no sentido, assim, de fazer uma acolhida mesmo, pegar dados, saber o motivo que levou ele ali a estar naquela situação de vulnerabilidade social, vai tentar com ele estabelecer uma criação de vínculo e, a partir do momento que cê estabelece um vínculo, que aí parte a questão da escuta, ou seja, o sujeito vai começar a ser escutado e aí começam a surgir algumas questões. [...] Então, a partir do momento que a gente vá sistematicamente lá pra poder fazer uma abordagem a esse usuário, fazer uma escuta, ele começa a te ver todo dia ali, começa a conversar com você, a criar um vínculo, estabelecer um vínculo, né?! Eu diria até mais: uma transferência, no qual ele pode se colocar

enquanto sujeito, ele vai falar o quê que ele deseja pra vida dele. [...] Mas isso, assim, é com muito tempo de trabalho, é indo todos os dias, e isso assim, pra criar, estabelecer vínculo é com 2, 3 meses, 4 meses. (Consuelo, ES)

Conforme relata Consuelo (ES), a construção de vínculos junto aos usuários é um processo lento e que exige do profissional a capacidade de desenvolver múltiplas habilidades e competências no intuito de enfrentar os desafios que o processo impõe à equipe. Acresce-se a isso o fato de que a metodologia de trabalho proposta ao Consultório de Rua pelo MS é percebida, por grande parte dos participantes da pesquisa, como uma fonte geradora de insegurança, visto que ela não oferece modelos prontos ou formas rígidas e prescritas de executar as atividades. Como nos disse Cléber (GS): “[...] falando de um modo geral é um projeto que chega do governo aberto, né?! Que fala assim: ‘Vai lá e aprende como que faz e depois cê me fala, né?!’. Porque não tem essa experiência pronta, né?!”. A fala de Lourdes segue a mesma direção.

E o que a gente percebe é isso, assim: é uma certa dificuldade, enquanto profissional, de se deparar com uma metodologia completamente aberta. Você, a cada dia, tem que lidar com situações novas, com pessoas diferentes, [...]. Então é algo que coloca muito do profissional nessa posição ativa de estar inventando e criando outras formas. Porque ninguém aqui, eu acho que independente da profissão, aprendeu na faculdade ou em qualquer lugar, fala: “Olha, cê vai chegar na rua”, né, “e vai encontrar com esse sujeito e fazer assim, assim, assado”. (Lourdes, GS)

Precisamos considerar que se, por um lado, a inexistência de uma metodologia preestabelecida traz desafios ao desenvolvimento do trabalho, por outro, é justamente isso que o torna mais rico, pois as equipes são levadas a construir, cotidianamente, atuações e formas de intervenção criativas e dinâmicas. Ademais, a adoção de metodologia aberta não é uma exclusividade do Consultório de Rua, mas um aspecto presente na maioria das políticas públicas, o que possibilita sua adaptação às características do território no qual são implantadas. Vale dizer, no entanto, que a ausência de um leque de experiências anteriores, já que o Consultório de Rua foi criado há pouco tempo, potencializa o convite à invenção e à inovação no desenvolvimento de práticas capazes de estabelecer conexões e mobilizar o público atendido.

É interessante apontar que, apesar da singularidade de cada intervenção realizada, foi possível identificar algumas atividades que fazem parte da rotina das equipes de Consultório de Rua. São elas: grupos, oficinas, festas em datas comemorativas, passeios, palestras, visitas domiciliares, busca ativa, atendimentos individuais, conscientização sobre direitos, articulação de rede, discussão de caso, participação em reuniões da rede e no Fórum da População de Rua, encaminhamento para serviços da rede e para obtenção de documentação.

Os trabalhos desenvolvidos em grupos – sejam oficinas de esporte, de artesanato ou em outro formato – giram em torno de temas pertinentes à redução de danos (sexualidade, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, sexo seguro). Os grupos são construídos de acordo com a percepção dos profissionais frente àquilo que possa contribuir para atender, com maior efetividade, as demandas apresentadas pelos usuários. Ronaldo e Diana (GS), por exemplo, frisam que realizam oficinas apenas com as pessoas dos bairros de risco que atendem, pois não conseguiram adesão das pessoas em situação de rua. Com esse público, eles realizam intervenções com base em conversas informais: “A gente forma grupo, fica uma galera, assim, muita gente, muito morador de rua. A gente senta e bate papo” (Ronaldo, GS).

Lourdes (GS), que atende apenas crianças e adolescentes, fala da especificidade do seu trabalho. Além de uma prevalência de atividades lúdicas, há uma preocupação sobre o que é ou não adequado a esse público.

Como o nosso consultório é específico mais pra criança e adolescentes, tem muitas atividades lúdicas, além de fazer algumas oficinas com temas sugeridos, assim, pelos próprios usuários mesmo. Então a gente já fez: oficina de sexualidade, oficina de gênero. Que eu acho que é uma questão que toca muito essa população porque, né, é até questionável: como se distribui preservativo pra uma criança e pra um adolescente? *Cê vai tá incentivando, né, a prática do sexo?* Então é uma discussão que a gente tem, mas a gente sabe que eles fazem sexo ali naquele espaço na rua e se não tiver um preservativo, né, vão aparecer diversas adolescentes grávidas, diversas pessoas fazendo exames pra HIV, sífilis. Então tem que ser trabalhado, não é somente distribuir, é perceber o que *tá* acontecendo e trabalhar a questão de maneira geral. (Lourdes, GS)

As equipes de Consultório de Rua desenvolvem também um trabalho de conscientização da PSR sobre seus direitos, por meio de informações sobre o acesso aos serviços públicos ou, ainda, sobre como realizar denúncias. Essa prática fica evidente tanto no relato de Lourdes quanto no apresentado por Ronaldo:

E aí trabalhar com essa ideia, assim, que a gente pega muito isso, dessa promoção da cidadania: “Olha, é direito seu de estar aí, consultar naquele centro de saúde, é um direito seu acessar esse serviço”. (Lourdes, GS)

Aí a gente conversou com L, que é dos direitos humanos [Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)]. Batemos um papo e ele [...] passou a orientar os moradores de rua como denunciar. [...] Aí, geralmente, o policial já sabe, eles tiram o nome, né?! [L orienta:] “Ah, mas faz o seguinte ó: em cima da viatura tem o número. Tenta olhar o número da viatura...” (Ronaldo, GS)

É importante destacar que, para o acesso às ruas e sua população, as equipes dos Consultórios de Rua dispõem de uma *van*. Lourdes (GS) nos fala da importância desse veículo:

[...] essa *van* tem que ficar próxima da equipe pra que a equipe identifique, *né*, onde *tá*, ali, pra poder pegar os insumos e pra que o próprio usuário também identifique que o Consultório de Rua *tá* naquele território. Então, a *van*, ela serve como uma identificação pro usuário saber que naquele espaço ali a equipe do Consultório de Rua *tá* circulando.

Além de servir para a identificação do Consultório de Rua, a *van* também conta com uma estrutura de equipamentos que é percebida como imprescindível para a efetivação das propostas de atuação.

A nossa *van* é um parque ambulante porque a gente trabalha preferencialmente com crianças e adolescentes. Então tem tudo quanto é tipo de jogo de dentro da *van*, além dos insumos, *né*, que a gente tem de enfermagem, que é uma forma de criar o vínculo, *cê tá lá*, *cê vai lavar aquele pé sujo*, *aquele machucado que já tá até seco*, mas *cê vai lá*, dá uma olhada pra tentar e pra conversar. E eu acho que é isso que faz com que o trabalho aconteça. (Lourdes, GS)

Cléber (GS) destaca a importância do trabalho não se restringir ao âmbito das ruas, visando atingir a comunidade de forma mais abrangente, com o envolvimento de associações de bairro, igrejas e escolas.

Então pra ir lá e alertar, falar: “Oh! O nosso trabalho é assim. Hoje o governo trabalha nessa perspectiva. Nós não *tamo* aqui inventando nada, tirando nada da nossa cabeça. Não é papo de doidão, é um assunto sério”, *né?! Pra modificar essa perspectiva*, esse olhar, até pra que eles nos aceitem dentro dos bairros também.

O participante também comenta que a realização de palestras de caráter informativo e socioeducativo nas escolas seria, como possibilidade de intervenção, de grande importância para a formação e a conscientização da comunidade a respeito da PSR.

Marla, por sua vez, possibilita aos moradores de rua a vivência da religiosidade. Apesar de não fazer parte do foco principal de seu trabalho, ela não descarta o sentido que a experiência da fé fornece aos indivíduos que a compartilham.

[...] nós não trabalhamos focado na religião, mas, assim, há momentos que eles pedem: “Tia, madrinha”, *né*, “*vamo* fazer uma oração?”, *né?!* Aí a gente deixa que eles mesmos façam, do jeito deles e eles mesmos relatem:

“Olha, essa oração que eu fiz hoje foi a melhor que eu já fiz na minha vida”, e aí muitos pedem encaminhamento, que quer ser internado [em uma comunidade terapêutica]. (Marla, GS)

Percebemos que, com esse gesto de acolhimento de um desejo do outro, um pedido de oração nesse caso, é possível conquistar laços de confiança e abertura para formas de tratamento que antes se mostravam inviáveis. A experiência de encontro com o outro, com a sua singularidade, possibilita ao agente experimentar e, ao mesmo tempo, fazer parte do mundo subjetivo e simbólico desse outro. No entanto, cabe ressaltarmos a necessidade de um cuidado para que essa prática não ultrapasse os limites éticos; a religiosidade deve ser encarada como expressão desses sujeitos e não como um viés do tratamento. Devemos questionar também o fato de a internação aparecer como única alternativa terapêutica – o que pode indicar que Marla (GS) faz associação entre tratamento e abstinência.

4.5 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de atenção psicossocial voltados para a população com sofrimento mental que possuem bases territoriais e fazem parte da rede SUS. Seu objetivo é oferecer atendimento à população “realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2009c, p.73). A Portaria GM nº 336, em 19 de fevereiro de 2002, regulamenta o funcionamento dos CAPS e define suas modalidades – que se diferem de acordo com o atendimento prestado, sua estrutura física e seus recursos humanos. O CAPSad, uma dessas modalidades de serviço, tem seu foco no atendimento à população em uso abusivo de álcool e outras drogas. Nesse contexto, os psicólogos são demandados, segundo a portaria, a executar tarefas que vão desde atendimentos individualizados até oficinas terapêuticas e “atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social” (BRASIL, 2002, p.22).

Vale ressaltar que o CAPSad tem por finalidade proporcionar atendimento à população, respeitando a adstrição ao território, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas. Esse dispositivo proporciona, assim, a cada usuário, tanto um tratamento quanto uma possibilidade de ressocialização do sujeito junto à família e à comunidade. Nesse sentido, os principais serviços oferecidos à população são: atendimento diário aos usuários – dentro da lógica de redução de danos –, permanência dia, permanência noite para os que dela necessitam, gerenciamento dos casos – oferecendo cuidados personalizados –, condições para repouso

e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem e ações junto aos usuários e seus familiares. (BRASIL, 2003). Dentre as atividades desenvolvidas pelos participantes da pesquisa, podemos identificar: oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, grupos de famílias, grupos informativos, festas de datas comemorativas e atividades externas ao CAPSad – atividade física no parque, atividade de sensibilização, envolvendo outras pessoas além dos usuários e equipe, piquenique e passeios culturais.

Apesar de manter características comuns quanto ao modo de funcionamento, cada CAPSad desenvolve suas próprias estratégias para lidar com as dificuldades ou com as demandas que surgem. Isso pode ser percebido nas atividades em grupo, que adquirem especificidades de acordo com as temáticas e os objetivos envolvidos.

A gente faz oficina cultural com intuito de estimular a leitura, a escrita [...]. Eu realizo uma oficina de cinema, passo filme toda semana – com um objetivo, claro! A gente tem oficina de higiene pessoal que eu e a Rita [terapeuta ocupacional, participante do GS], a gente faz junto. (Laura, GS).

Eu tive uma atividade também junto com a assistente social que é um grupo que a gente faz de relaxamento. [...] O paciente volta pra si durante esse relaxamento e aí depois a gente faz uma dinâmica e a gente percebe que eles aderem muito mais às outras atividades que a gente faz nesse dia depois que eles fazem essa atividade com a gente. (Lorena, GS)

[...] o grupo de oficina de futebol [...] que tem uma adesão bacana! E além... não é só jogar o futebol, é ver a questão da lateralidade, da orientação tempo espacial, da questão física mesmo, né?! Aí cê percebe como os alcoolistas tão na dificuldade, aqueles que tão mais comprometidos de correr, de chutar, a questão de equipe mesmo, de cooperação, de questão corporal, de toque, né?! (Milton, GS)

As diferenças, contudo, chegam a causar polêmica no Grupo Multiprofissional de Saúde quando Rita e Laura falam de uma estratégia de trabalho adotada no CAPSad onde atuam. Nesse serviço, em virtude da grande procura e do número reduzido de funcionários, a avaliação inicial só é realizada mediante agendamento prévio. Tal estratégia é questionada por Milton e Fabiolla que alegam que esta prejudicaria o acolhimento, mas Rita e Laura discordam.

Laura: [...] como a gente trabalha com agenda, né, às vezes o paciente chega lá e fala: “Ah, eu quero um horário de avaliação”. Aí todos os profissionais estão ocupados porque aquela agenda já tá toda ocupada. Não tem como fazer um encaixe. Aí ele tem que agendar. Então muitas vezes é bem melhor ele tá ligando...

Milton: Bom, eu acho que complica um pouco o acolhimento, porque o CAPS é acolhimento. [...]

Rita: Assim, o acolhimento, todos os pacientes que vão lá têm o acolhimento, todos. Mas não necessariamente passa pela avaliação inicial. (GS)

A Linha-Guia em Saúde Mental preconiza que “[...] bem acolher é o primeiro e indispensável passo para um atendimento correto e bem sucedido” (MINAS GERAIS, 2006, p.39). No referido documento, ainda, encontramos que:

Para cada usuário que procura um serviço, deve-se chegar a uma conclusão sobre a conduta a ser tomada: admiti-lo naquele serviço ou encaminhá-lo a outro mais adequado para ele; atendê-lo imediatamente, se o caso é grave, ou marcar um outro horário, se pode esperar. Contudo, a resposta que damos ao usuário, seja ela qual for, costuma ser bem recebida quando se baseia numa escuta atenta e numa avaliação cuidadosa do seu problema. (MINAS GERAIS, 2006, p.40)

Dessa forma, observamos que ambas as posturas contêm parte do entendimento do que seja o acolhimento, ou seja, essa ação não precisa constituir-se em um início imediato de tratamento, conforme o entendimento de Milton e Fabíola, podendo incluir a marcação de horário para um momento posterior. O fato de se escutar a demanda do usuário – e avaliar se ela é urgente ou não, cabendo atendê-lo naquele momento ou em outro – já constitui em si o ato de acolher. Por outro lado, acolhimento e avaliação inicial são procedimentos distintos que podem, ou não, acontecer simultaneamente.

Há um importante aspecto embutido nessa discussão que, apesar de não ser mencionado pelos participantes do Grupo Multiprofissional de Saúde, precisa ser destacado aqui: a (in)congruência entre o funcionamento dos CAPSad e o modo de vida da PSR. O atendimento agendado não se encaixa na “lógica de sobrevivência de se planejar um dia de cada vez” (BRASIL, 2012b, p.53) pela qual essas pessoas organizam suas vidas. É inimaginável a cena em que uma pessoa em situação de rua liga para o CAPSad, ou qualquer outro serviço de saúde, para marcar um horário de atendimento. Assim, devemos nos questionar sobre a efetividade do atendimento da pessoa em situação de rua “como outra pessoa qualquer” – na forma em que é descrito por Rita (GS) –, sem considerar as especificidades inerentes à vida nas ruas.

As experiências e as vivências dos profissionais oferecem tanto desafios quanto possibilidade de construção de atividades inovadoras, dinâmicas criativas, lúdicas e promotoras de saúde. Assim, cabe à equipe a efetivação de práticas que abram caminhos diferenciados e alternativos, propiciando, com isso, que o sujeito aflore em sua singularidade e modo de ser.

4.6 Aspectos comuns

Apesar de suas especificidades, é possível encontrar características comuns ao trabalho desenvolvido nos diferentes serviços/equipamentos. Uma destas é a proposta de se construir, com os sujeitos, a possibilidade que estes “saíam das ruas”. Ora, o que essa proposta busca promover é o desenvolvimento da autonomia das pessoas, isto é, fazer com que estas tornem-se mais independentes, conscientes de seus direitos e se reconheçam como cidadãos. A fala de uma participante da pesquisa demonstra claramente tal perspectiva:

Eu chamo ele, a gente conversa, vai tentando ver o quê que *tá* acontecendo, da própria história do sujeito, o quê que ele vai trazendo, o quê que é possível, a partir disso que ele *tá* trazendo, ir construindo com ele uma saída, um outro caminho possível que não seja a rua. (Sheila, EAS)

Essas intervenções acontecem por meio de atendimento individual – que, segundo os participantes, não se caracteriza como psicoterapia¹⁴ – e atividades em grupo. Em alguns casos, porém, elas podem ocorrer durante a realização de uma oficina, mas procurando respeitar o tempo e a forma como cada sujeito responde e as demandas suscitadas por cada caso. Para tanto, é preciso recorrer a técnicas, estratégias e parcerias distintas em cada situação. Apesar de existirem valores norteadores quanto ao acolhimento disponibilizado à PSR, o atendimento técnico não pode e nem deve ser padronizado, uma vez que, ao se estabelecer um protocolo fechado de atendimento, corre-se o risco de perder a singularidade de cada sujeito.

Independentemente do local e forma onde ocorram as intervenções, a perspectiva da promoção da autonomia encontra-se em foco. Como é dito por Roberta (ETS), “a gente trabalha nessa perspectiva da autonomia que a pessoa vá e dê conta sozinha porque é esse gerenciamento da vida dela”. Essa autonomia de que tratamos, porém, não prescinde de uma orientação profissional que possa ser dada ao sujeito. Contudo, o nível de amparo que o profissional irá dispensar à pessoa atendida será determinado de acordo com cada um e com o tipo de questões com as quais ela precisa lidar¹⁵.

A identificação da demanda do usuário para definição dos encaminhamentos está entre as práticas dos profissionais. Assim, estes precisam ter conhecimento mais amplo do que o relativo ao trabalho praticado

14 A prática da psicoterapia, cuja finalidade é tratar os problemas psicológicos, não está pressuposta na atuação dos psicólogos na política pública de assistência social, embora seja uma atividade prevista no âmbito do SUS.

15 As discussões relativas ao desenvolvimento do trabalho voltado à promoção da autonomia e à saída das ruas serão retomadas no Capítulo 6, referente às questões éticas.

por sua equipe, conhecendo também as possibilidades de atendimento dos demais componentes da rede. Para Roberta (ETS), o desenvolvimento de um trabalho articulado com os demais serviços/equipamentos tem uma lógica inversa à assistencialista, pois possibilita atenção integral ao sujeito. A articulação com a rede vai além dos encaminhamentos, isto é, ela procura elementos de ligação dos usuários com sua comunidade, no intuito de permitir ao sujeito viabilizar, de alguma forma, sua saída das ruas, como exemplifica Sheila (EAS):

Tem meninos que compõem *rap* [...] e aí a gente já tá olhando na comunidade se tem um lugar... Na comunidade dele, assim, que a família... da família de origem, que ele possa tá desenvolvendo isso. Porque aí a gente faz uma ponte pra ele poder sair da rua. Assim, *cê* faz essa ligação.

Desse modo, ao relatar as formas de acesso e a maneira como cada serviço/equipamento promove assistência ao público é possível identificarmos uma articulação da rede local e os encaminhamentos como prática cotidiana dos profissionais. Contudo, críticas à rede não são deixadas de lado, vale lembrarmos da fala de uma das entrevistadas que demonstra os entraves encontrados na articulação entre os serviços, visto por ela como uma quebra na lógica da política: “É uma falha mesmo da rede mesmo. Criam-se os serviços, mas faltam outros serviços pra potencializar aquele serviço ali” (Consuelo, ES). Ainda a esse respeito, outra entrevistada conta como muitas vezes é necessário usar de laços pessoais para conseguir encaminhamentos, o que em sua opinião não é o modo de se fazer política.

Se você tem mais contatos – que aí nem é uma questão mais de rede, é uma questão particular porque *cê* estabeleceu contatos, porque as pessoas gostam de você – aí elas ficam mais sensíveis, assim, a te atender, a discutir o caso, sabe? Mas, assim, num dá, *nê?! Cê* num pode fazer política pública com relações pessoais. (Sheila, EAS)

Desse modo percebemos que a articulação da rede ainda é um desafio que se impõe aos profissionais atuantes no campo.

Um diferencial de atuação na rede é o trabalho desenvolvido por Celina. A participante atua em quatro serviços/equipamentos que atendem a essa população em seu município. São eles: um serviço de abordagem social, Centro POP, albergue e casa de apoio. Ao descrever suas atividades, Celina não as detalha separadamente, mas fala como se tratasse de um único serviço ou como um processo.

Lá nós temos um projeto, assim, em princípio abordagem, *nê*, que é a [serviço de abordagem social], *tá?* Essas pessoas aderindo, *nê*, ao

trabalho, aí elas vão para o albergue, de lá nós fazemos o encaminhamento pra saúde, né, pra Comunidades Terapêuticas, CAPSad, né?! (Celina, GP)

[...] tem pessoas que permanecem, outros saem e aí aquela questão recorrente, né?! E, após a saída da comunidade terapêutica, eles vão para casa de apoio e ficam na casa de apoio e nós fazemos esse trabalho de reinserção ao trabalho. Nós entramos em contato com empresas – temos parcerias com algumas empresas, cursos profissionalizantes, né?! – e eles passam por esse processo de profissionalização e aí vão em busca do trabalho, onde nós também fazemos essa parceria junto com eles. Então tá caminhando assim. (Celina, GP)

Celina acrescenta que esse processo inicia com a abordagem e termina com a inserção do usuário no mercado de trabalho. Apesar de haver uma continuidade das intervenções realizadas por esses serviços/equipamentos, esse não é um modelo ideal de articulação de rede; antes pelo contrário, há uma falha grave no fato de haver apenas uma psicóloga desenvolvendo todas as ações – o que, obviamente, facilita a integração destas, mas também compromete a qualidade do trabalho desenvolvido.

Outro aspecto presente no cotidiano de trabalho dos psicólogos – e que se mostra como perspectiva premente para todos os serviços – refere-se à importância do estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários. Roberta (ETS) nos fala sobre isso e ainda inclui o acompanhamento como importante instrumento de sustentação para a promoção do processo de mudança do sujeito.

À medida que você estabelece esse vínculo você passa a testemunhar, e isso é importante pra essa pessoa. Tem que estar regendo uma série de tarefas, desde a questão da autoestima que *cê tá* ali sustentando, fortalecendo, e a pessoa percebendo que *tá* acontecendo pra ela exercer esse processo de mudança. (Roberta, ETS)

O desenvolvimento de oficinas foi outra prática presente nas falas que integra o rol de atividades desenvolvidas pelos profissionais. Segundo os participantes, estas podem ser apontadas como importante viabilizador do diálogo com o público atendido, uma vez que estes se encontram mais disponíveis durante essas atividades. Entretanto, a configuração das oficinas é pensada e estabelecida de acordo com cada equipamento e com os profissionais que as propõem.

A produção de relatórios, formulação de projetos e apresentação do trabalho para outras instituições também são destacadas pelos participantes. Cabe ressaltar que, durante os relatos, observamos que o desenvolvimento de certas práticas ajuda a organizar a rotina dos profissionais, além de permitir a eles a visualização daquilo que fazem.

Nesse sentido, todos os participantes falaram da tessitura cotidiana de diários e relatórios.

Esse diário de atendimento ele é interessante pra gente conseguir os dados. Sempre que a gente vai a alguma reunião, ou algum bairro, a gente tem uma apresentação já de dados assim: [...] quatrocentos e poucos usuários cadastrados, mil e tantos atendimentos, tantos por cento de álcool e tantos de *crack*. Então a gente *tá* montando isso também, coisa que em um ano a gente conseguiu. (Lilian, GS)

É possível perceber também que os profissionais que trabalham com a população em situação de rua são desafiados, de uma maneira ou de outra, a construir, cotidianamente, atuações e formas de intervenção criativas, dinâmicas e que abarquem a heterogeneidade dos grupos nos quais se encontram inseridos. Vale lembrar que a PNPR não é fruto de um acúmulo de experiências anteriores que permitem ao profissional uma maior segurança em seu fazer através de experiências que corroboram sua prática. Ao contrário disso, a experiência advém do próprio ato de criar e propor formas de intervenção que direcionam os sujeitos envolvidos. Portanto, é possível dizer que os desafios são diversos quanto às possibilidades de se criar alternativas mais dignas e humanizadas na atuação na assistência à PSR. Para tanto, o investimento na formação das equipes, na instrumentalização adequada dos serviços/equipamentos, no fornecimento de um devido suporte e assessoria a estes e no compromisso social e político dos profissionais mostra-se fundamental para a consolidação de um corpo profissional crítico que se apresente eticamente engajado na construção da sociedade.

5. RECURSOS TÉCNICOS E TEÓRICOS: AS ESPECIFICIDADES DO TRABALHO DO PSICÓLOGO

Os psicólogos participantes da pesquisa, nas entrevistas e no Grupo de Psicólogos, são questionados diretamente sobre os recursos técnicos e teóricos utilizados em sua prática, mas demonstram dificuldade em enumerá-los, relacionando-os à sua atuação, e, por vezes, parecem confundir os com as atividades desenvolvidas.

Com relação às teorias que fundamentam o trabalho, os participantes do Grupo de Psicólogos contam que essa escolha depende da preferência de cada profissional. Contudo, Consuelo (ES) fala de como há influência da formação em serviço. Ela conta que no Consultório de Rua, onde atua, há supervisão e destaca as diferenças nas abordagens teóricas da Secretaria de Saúde, onde “predomina mais a psicanálise” e da Secretaria de Assistência Social – à qual ela esteve vinculada anteriormente:

Você vê um pouco mais de psicologia social, com a questão de grupos, identidade, *né*, fenômenos grupais [...], Pichon-Rivière. Conceito, *né*?! Grupo operacional, algumas coisas de psicologia social, questão de instituição, instituição total, que é mais a questão do Foucault, *né*?

É citada pelo grupo uma diversidade de abordagens que utilizam, apesar de muitos deles acreditarem que, independentemente da abordagem, a terapia breve apresenta melhor resultado para o atendimento a esse público.

Eu tenho uma orientação psicanalítica e tem horas que eu não consigo fugir muito, mas eu acho que no caso do CAPS, e do AD especificamente, tem horas que a comportamental acaba adequando melhor. Tem a questão do reforço mesmo, do dia a dia, das atividades, da substituição dos horários – aquele horário que usava droga, usava álcool, o que vai passar a fazer agora? Montar mesmo um cronograma de atividades. E acaba fugindo um pouco, porque, até mesmo, é uma orientação breve, é uma psicoterapia breve. Então, com a psicanálise você vai acabar querendo entrar um pouco mais e depois você não vai poder, vai levantar uns fios ali que depois não vai dar conta de amarrar. (Aline, GP)

[...] eu tenho essa orientação, esse olhar mais, *né*, pra psicanálise. Mas, concordo com ela [Aline] que tem hora que a comportamental na dela vai fazer mais sentido. [...] até nessa questão da prevenção da recaída, *né*?! (Rebeca, GP)

As participantes Aline, Rebeca e Nádia (GP) afirmam que sua formação desde a graduação foi voltada para a psicanálise e que essa teoria continua embasando suas práticas. No entanto, essas psicólogas acreditam que para o atendimento às pessoas em situação de rua a psicoterapia breve,

relacionada à abordagem cognitivo-comportamental, pode ser importante e apresentar maior êxito para o tratamento.

André (GP) diz ter como referência a abordagem humanista para seu trabalho, mas enfatiza que cabe utilizar mais de uma teoria, de forma a se adequar à demanda do usuário.

Eu gosto da abordagem humanista porque eu tive mais contato com ela, mais por questão da transferência assim, da pessoa saltar da vida dela e entrar em comunhão com o terapeuta, é mais rápido do que a psicanálise e outras abordagens. Mas eu também acredito no ecumenismo de você usar diferentes abordagens. Porque o humanismo tem isso um pouco. E essa questão da escuta e você considerar a pessoa, deixar ela a vontade e ele sentir esse reconhecimento incondicional da pessoa, e é isso. É a abordagem que eu acho que dá mais certo assim com a população de rua, com a questão da psicoterapia breve, pra você direcionar um pouco, tentar criar diretrizes pra pessoa também se recompor, tentar reconstruir a vida dela, né?! (André, GP)

Pedro também segue a linha da psicologia humanista, mas utiliza o conceito de treinamento de habilidades sociais da abordagem cognitivo-comportamental que, segundo ele, “funciona bastante dentro dos grupos terapêuticos pra dependência química” (Pedro, GP). Outro recurso utilizado pelo psicólogo, que também é utilizado por Clara (GP) é a hipnoterapia de Milton Erickson.

Já Celina (GP), mesmo com formação psicanalítica, quando começa a atuar com a população de rua deixa de lado a psicanálise e inicia o estudo e passa a se orientar pela cognitivo-comportamental dentro de um viés humanista. “A minha orientação é mais especificamente a cognitivo-comportamental com tudo dentro assim de um viés humanista extremamente, assim não abro mão de forma alguma assim” (Celina, GP).

Diante da forma como os participantes falam a respeito dos recursos e referenciais teóricos utilizados, somos levados a questionar a que se refere a prática denominada por eles “terapia breve”. Trata-se realmente da aplicação da técnica da psicoterapia breve nos moldes nos quais esta é proposta? Ou será apenas uma referência a um atendimento num prazo mais curto?

Aqui, devemos marcar a diferença da prática dos profissionais que atuam na área da saúde e dos que atuam na área da assistência social. Em consonância com a PNAS, o psicólogo trabalhará construindo estratégias que efetivem o acesso do cidadão aos direitos socioassistenciais, levando em conta, porém, a dimensão subjetiva que está envolvida na situação de vulnerabilidade e/ou violação de direitos. Não é incomum que se confunda abordagem psicossocial com psicoterapia, mas elas devem se distinguir pela forma de intervenção e pelos objetivos.

Outro aspecto que precisamos problematizar refere-se ao fato de grande parte dos psicólogos participantes não conseguirem se posicionar a partir de uma

linha teórica. Vimos no “ecumenismo” defendido por André – cuja lógica está presente nas demais falas – uma questão preocupante e não podemos deixar de supor os embaraços provocados pela não apropriação dos profissionais por um ou outro referencial teórico. Desde a graduação, os psicólogos são orientados a realizar uma escolha dentro das diversas abordagens teóricas existentes. É essa escolha que confere consistência metodológica à prática, pois cada abordagem pauta-se em uma visão de mundo, com filosofia e ideologia próprias, e destas advêm as técnicas que vão nortear o trabalho a ser realizado. Podemos observar na fala de Roberta (ETS) que é possível dialogar com outras vertentes teóricas sem precisar abrir mão da opção por determinada abordagem, desde que não se trate de referenciais divergentes.

Eu sempre tive uma afinidade, desde a graduação, com a psicanálise. Apesar de eu *tá* operando, *né*, assim, dentro de uma política pública, *né*, voltada num eixo do social, eu penso e eu pego muito mais dentro da psicanálise do que qualquer outra ferramenta. Minha escuta passa muito mais por aí. [...] a questão do trabalho, eu acho que é desse jeito, claro, entendendo isso que eu falei, a realidade, essa compreensão social, histórica. [...] E aí, assim, Freud, Foucault, sem dúvida, e aí voltou até lá no Paulo Freire, na pedagogia do oprimido, sem dúvida, *né?!* Eu acho que eu ando por aí.

Além da dificuldade de os psicólogos se posicionarem a partir de um único referencial teórico da psicologia, os participantes encontram, também, impasses para delimitar seus campos de atuação em relação a outros profissionais. A percepção, por parte de alguns psicólogos que atuam nas políticas para o atendimento à PSR, de que o trabalho deles é equivalente ao do assistente social é um ponto importante que surge na pesquisa. Para Conrado (G1), isso decorreria do fato de alguns psicólogos não terem clareza do seu papel dentro da PNAS. A prática é interdisciplinar, mas a dificuldade reside em se definir o limite de atuação de cada profissional.

Sheila (G1) coloca que a experiência de trabalho com profissionais de diferentes formações foi crucial para que ela entendesse melhor o seu papel como psicóloga de um serviço da assistência social que atende a PSR.

É porque teoricamente – bem teoricamente – todo mundo faz a mesma coisa, que é ir abordar, *né?!* Ou que é estar lá no Centro POP e atender aquele público. Mas eu não atendo como assistente social, eu não atendo como um sociólogo, como um geógrafo assim. Mas é possível, a partir desses vários olhares, construir uma prática, *né?!* [...] E o quanto isso é rico mesmo profissionalmente, até pra você entender o seu papel ali naquele serviço. (Sheila, G1)

Tais dificuldades advêm da própria forma de funcionamento da política pública, que define a mesma função para diferentes profissionais e não propõe ações específicas para a atuação tanto do psicólogo quanto do assistente social.

Não, as funções não são específicas. Elas tomam um caráter diferente pela sua formação. Eu fiz psicologia, então a forma como você conduz acaba sendo direcionada pela sua formação, mas não é uma atividade específica, né?! Tanto que quando a seleção é feita teoricamente você pode ser psicólogo e assistente social. (Sheila, EAS)

Observamos uma resistência dos profissionais em aderirem ao que é proposto pela PNAS que reside, justamente, no campo da interdisciplinaridade. A política convida os profissionais a reinventarem suas práticas, a construírem o peculiar e o incomum com base na formação de cada categoria profissional. Isso não deveria ser tomado como empecilho para a atuação, mas, ao contrário, como a abertura de um leque de possibilidades.

Podemos verificar isso, também, no exemplo de Roberta (GI/ETS), que inicia seu trabalho com a PSR ainda na época da faculdade e, atualmente, atua em um serviço de abordagem social, no terceiro setor. Em suas lembranças, ela nos diz que a equipe a qual ela integrava, no início de suas atividades, era composta por um pedagogo, um filósofo, uma socióloga e ela, estagiária de psicologia. A contratação de técnicos pela secretaria responsável pelas políticas de assistência social do município era feita como “educador social”, não se diferenciando um ou outro profissional. Tal fato nos permite compreender que o que importava era a especificidade de cada formação, embora essa situação crie uma crise de identidade para os profissionais. “A contratação [...] é como educador social, não como psicólogo. Mas você opera e pensa a psicologia porque é a sua formação, né?! Não tem como eu operar um outro saber se eu não tenho” (Roberta, ETS).

Apesar das dificuldades, é fundamental para os profissionais compreender qual é o seu papel e o de seus colegas dentro das equipes. Deve haver troca, interlocução. Importante salientar que, apesar de terem a mesma atribuição, os profissionais trazem contribuições diferentes de acordo com sua formação – o que não quer dizer homogeneização, como sugerem alguns participantes da pesquisa. O desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar¹⁶ é apontado por eles como um imperativo em políticas públicas.

16 Muito tem se discutido sobre a importância do diálogo entre os diversos campos do saber. Quanto mais integramos conhecimento, melhores possibilidades temos de desenvolver uma prática profícua. Para tanto, o trabalho deve ser inter, multi ou transdisciplinar. Para Edgar Morin (MORIN apud SILVA, 2007), cada um desses termos tem uma contribuição a dar, mas nenhum se basta, e o que é realmente importante é a atitude epistemológica. Na multidisciplinaridade, recorremos a informações de várias matérias para estudar um determinado elemento, sem a preocupação de interligar as disciplinas entre si. Já na interdisciplinaridade, duas ou mais disciplinas/saberes integram-se visando à construção do conhecimento. A transdisciplinaridade, por sua vez, visa articular uma nova compreensão da realidade, indo através e além das disciplinas visando superar as particularidades, conjugar os saberes e fazer com que diferentes aportes teóricos apontem para um mesmo objetivo. A interlocução entre as diversas disciplinas chega a ser tão intensa a ponto de não mais ser possível retornar ao estágio anterior. Representa a passagem do simples para o complexo.

Para esses profissionais, a intervenção com a PSR escapa às características do fazer psicológico tradicional, ensejando uma nova forma de intervenção. Roberta coloca que, com essa população, o psicólogo vai provocar uma dor, a qual o sujeito está fazendo de tudo para evitar, inclusive se anulando.

Eu vou na contramão daquilo que na academia a gente escuta da psicologia, *né?!* [No trabalho clínico tradicional] É o outro que vai demandar o atendimento para o psicólogo, que ele *tá* com uma dor e ele vai em busca de um alívio pra essa dor, *né?!* [...] muito grosseiramente falando aí. E a gente [na atuação com a PSR] vai provocar uma dor. Porque aquele sujeito, ele *tá* ali, *tá* sem ser visto, sem ser olhado. E, no entanto, você vai ajudar que esse sujeito se enxergue. (Roberta, ETS)

O psicólogo que atua nessa política não pode ter uma posição endurecida perante suas atuações, deve ter a compreensão de que o seu fazer ultrapassa o *setting* clínico e exige atuações impensadas no campo acadêmico, conforme explicita Consuelo:

Tinham meninos que chegavam lá, às vezes *tavam* com o dente doendo. E aí é esses pequenos cuidados, que é você pegar o sujeito e oferecer um cuidado que eu também acho que é do psicólogo a questão de promover um cuidado. [...] Que é uma questão da psicologia e dos profissionais também, que eu acho, de saúde, que é promover o cuidado, *né?!* E aí levá-lo, às vezes, no dentista. (Consuelo, ES)

A singularidade dos sujeitos atendidos não pode fugir do horizonte da prática do psicólogo. Assim, a intervenção deve ser construída com base na peculiaridade de cada caso e conjuntamente com o usuário. A capacidade de uma escuta diferenciada é o ponto principal apontado pelos participantes da pesquisa como algo próprio da atuação do psicólogo. Uma escuta mais sensível, atenta e cuidadosa. Uma escuta capaz de se ater às questões subjetivas que estão em jogo na cena da rua. “E eu acredito que o psicólogo é diferenciado pela questão da escuta mesmo, porque a gente tem uma sensibilidade maior na escuta, *né?!*” (Consuelo, ES).

A colocação de Consuelo (ES) aponta, novamente, para o que denominamos como “crise de identidade” dos psicólogos, ao colocarem a escuta como uma capacidade própria da categoria. Uma escuta diferenciada, qualificada, tal como definido, é necessária a todos os trabalhadores do serviço – desde o funcionário com pouca escolaridade ao mais qualificado –, não sendo recurso exclusivo de nenhuma categoria profissional.

Vejamos outros exemplos. As participantes Kátia e Clara (GP) afirmam ser a escuta o principal instrumento utilizado na atuação dos psicólogos com a população nessa situação. “Tendo uma escuta qualificada você tem

condições de fazer um encaminhamento, tem condições de entender o que o sujeito quer, você tem condições de respeitar o desejo” (Kátia, GP).

Roberta (ETS) aponta a escuta psicanalítica como o principal recurso técnico que utiliza.

Eu acho que entra muito desse aí que eu falo, do fazer da psicologia, desse fazer numa presença, numa escuta, lendo essa realidade. Então, assim, é muito desse desejo, *né*, assim, de acreditar no outro, que aí eu falo desse inconsciente aí que tá posto da psicanálise, *né?! É da escuta, inconsciente em certa ordem, e que esse inconsciente opera. Eu acho que quando você fala de instrumentos... É isso, né?!*

A escuta é colocada, então, como sendo capaz de realizar uma leitura, como forma de se acessar o inconsciente, como algo que possibilita ao psicólogo enxergar “para além do caso”. Ainda para Roberta:

Tem um saber aí que é da psicologia e tem um saber da assistência social e que a gente dialoga. Ela [assistente social que trabalha com Roberta] tem uma escuta, tem elementos que veem para além daquilo que é a escuta da psicologia, que eu consigo ver; e, vice versa. (Roberta, ETS)

Contudo, essa capacidade de escuta diferenciada não transita incólume pelas práticas profissionais, sendo problematizada pela categoria: “E aí? Eu escutei. Quê que eu vou fazer com isso?” (Roberta, ETS). O psicólogo inserido nas políticas públicas para a PSR reconhece que não pode perder de vista a noção de que precisa conduzir seu trabalho tendo a perspectiva de provocar uma mudança no contexto social. E isso se alcança a partir de novas interações, novas formas de sociabilidades, novas perspectivas de inclusão e acesso aos bens sociais. Nesse ponto, nós adentramos no componente ético de sua atuação, do qual trataremos mais adiante.

Muito embora, segundo os participantes, a política para a PSR não preveja uma clínica psicológica “[...] é consenso de que a relação é terapêutica” (Conrado, GI). Para Roberta (GI), o trabalho do psicólogo “é clínico no sentido de ouvir e se comprometer com aquilo que você escutou”. E nessa escuta reside, para a psicóloga, um dos importantes diferenciais entre a prática da psicologia e o trabalho de assistência à PSR:

[...] porque acho que é aí que tá a delicadeza e o fazer do psicólogo diferente que é dessa escuta, *né?! – encontrar esse sujeito. Que aí é muito mais que é num diálogo horizontal. Porque a assistência, ela vem num diálogo que não é horizontal, é um diálogo mais vertical, né?! O psicólogo vai nessa escuta mais horizontal que é pra poder enxergar esse sujeito pra se abrir alguma coisa. (Roberta, GI)*

Apesar de os psicólogos apontarem para este como o caminho da diferença, como aquilo que os particulariza perante os demais membros da equipe, insistimos que a sensibilidade para escutar o outro não é componente próprio ou privativo da psicologia.

Os participantes destacam, também, dentre as especificidades do trabalho do psicólogo, a capacidade de se fazer o diagnóstico diferencial de transtornos mentais.

Porque muito... tem muito usuário que recebe diagnóstico de sofrimento mental e às vezes não possui sofrimento mental, é algo advindo da droga, do uso abusivo da droga, não que possui uma psicose em si. Às vezes usou tanta droga que acabou alucinando, né? E aí o psicólogo é capaz de fazer essa diferenciação. Sabe? (Consuelo, ES)

Não pretendendo retirar a competência que cabe à psicologia nessa questão, vale ressaltar que o diagnóstico diferencial é feito em equipe, no curso de um tratamento, cabendo o fechamento deste a todos que a ela pertencem.

Os participantes citam ainda como recursos técnicos da psicologia a realização de grupos, oficinas e atendimentos individuais.

Por fim, os psicólogos colocam que o trabalho com a PSR deve promover uma mudança não somente na vida dos sujeitos, mas de todo um contexto social. E isto exige do profissional um comprometimento político e uma capacidade de realizar uma leitura histórica e social do campo no qual intervém. Segundo Roberta, “porque a gente é capaz de fazer a diferença naquilo que *tá* aí, né?! Não é diferença só pra esse sujeito, mas dessa construção histórica mesmo de mudança. Né?!” (Roberta, ETS).

6. A DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA ATUAÇÃO COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Quando questionados a respeito das implicações éticas que perpassam a atuação do psicólogo com a PSR, uma discussão acerca da garantia da proteção social vem à tona. Sabemos que o sentido da proteção social encontra-se alicerçado na concepção de garantia de direitos e que, desse modo, esses serviços devem ser implantados e geridos pelo Estado, por meio de políticas públicas. Contudo, o conceito de proteção social, muitas vezes, esbarra na questão do assistencialismo e os participantes da pesquisa debatem acerca do que vem a ser um e outro, demonstrando que, na prática dos profissionais, esse limite é tênue e que eles não o conseguem demarcar.

Cléber: [...] você equipa um carro, com algumas coisas necessárias, sabe? Vai lá lava o pé do cara, *tá?* Bem cristão, lavar os pés, lavar os pés do miserável. Tem um lado que é assistencialismo e isso fica muito claro pra mim, sem medo nenhum de chegar aqui, com aquele pudor de psicólogo: “Não vamos fazer assistencialismo”. O que *tá* faltando ali é dignidade humana. Aí você precisa dar esse mínimo, *né?*!

Rita: É humanismo, não é assistencialismo.

Elizete: [As pessoas em situação de rua] estão acostumados a ganhar. Pra gente conseguir implantar o Consultório de Rua em [nome da cidade], nós tivemos que competir com a moça da sopa da madrugada, com a moça da roupa. Na primeira abordagem que nós fizemos, como que nós fomos recebidos? “O quê que você tem aí, tia, pra dar? Porque se não, ó. Falar com essa fome aqui não *tá* com nada.” Na semana seguinte, nós tivemos que usar como estratégia uma fruta, uma mexerica... É assistencialismo? É. Mas é uma estratégia.

Rita: Vocês estão utilizando o termo assistencialismo, isso pra mim é humanismo.

Elizete: Mas as pessoas acham que nós estamos retrocedendo.

Cléber: Eu acho que a gente não precisa desbancar isso não, mas também não tem que oferecer banana pra ele não, entendeu? “Ah, traz a banana que aí eu falo.” Aí você *tá* desvalorizando o nosso próprio trabalho. Você vai ali e ó: “Infelizmente o que eu vim oferecer aqui é da ordem da palavra, de uma conversa”.

Fabiola: Uma garantia de direito.

Cléber: É. “Uma garantia de direito, se você tiver interesse nisso, ótimo! Tô aqui.”

Elizete: Nós não propomos troca, nós só facilitamos o acesso. Como não é uma coisa fechada, cada um cria a sua estratégia. Isso é muito novo! (GS)

O campo da assistência social, no Brasil, tem histórico de práticas permeadas por ações caritativas e filantrópicas, entretanto as atuais definições da política de assistência social têm buscado reverter esse quadro. Garantia de direitos e assistencialismo são duas concepções bem distintas, conforme nos convida a pensar Yasbek (2010, p.4):

Trata-se da intervenção do Estado no processo de reprodução e distribuição da riqueza, para garantir o bem-estar dos cidadãos. Assim sendo, o Sistema protetivo de uma sociedade permite aos cidadãos acessar recursos, bens e serviços sociais necessários, sob múltiplos aspectos e dimensões da vida: social, econômico, cultural, político, ambiental entre outros. E é dessa forma que as políticas públicas voltam-se para a realização de direitos, necessidades e potencialidades dos cidadãos de um Estado.

De acordo com a PNAS (BRASIL, 2005), a proteção social deve garantir a segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia), de acolhida, de convívio ou vivência familiar. Ter a compreensão dos parâmetros implicados na proteção social orienta a execução das ações na prática. Conforme destaca Roberta (GI), este trabalho “está alicerçado nesse lugar de superação do assistencialismo [...]. É dizer que essas pessoas são capazes também de acessar direitos”. Para Consuelo (ES), tal concepção significa um avanço que permite a superação de concepções fechadas e rígidas de trabalho, como demonstrado no relato que segue.

Ela chegou na rua, ela tava menstruada, precisando de tomar banho. Era a única coisa que ela falava com a gente era: “Eu preciso de banho!”. [...] Essas pequenas coisas que... pequenas situações no qual... levar o sujeito para tomar banho, levar o sujeito pra uma pequena higienização. Depois que ele tomou banho, ele se sente tão limpo que ele vai ali sentar e conversar com você horas e horas e horas, às vezes, sabe? (Consuelo, ES)

É preciso entender que as ações de cuidado representam um meio para se alcançar o público alvo dessa política. Não se pode, contudo, permitir que elas signifiquem uma descrença na possibilidade de os sujeitos terem sua autonomia. Deve-se conjugá-las com a dificuldade indubitável de emancipação das pessoas em situação de rua sem, com isto, fazer desta um esteio para a atuação do psicólogo. Observemos a atuação de Celina, cuja prática se apresenta em um limiar tênue entre essas duas fronteiras:

Eu tenho uma visão assim, desse início do processo de execução do trabalho, até a finalização que seria a entrada para o mercado de trabalho. Então,

quando você falou do encaminhamento, lá nós não simplesmente fazemos o encaminhamento e deixamos com o usuário. Nós levamos o usuário. [...] quando vai ficar um pouco mais de tempo, deixamos o telefone, retornamos pra apanhar, sabe? [...] Então eu percebo que temos conseguido assim, alguns resultados até que satisfatórios, sabe, dessa forma: pegar na mão e levar. Porque se nós apenas fizermos o encaminhamento, a gente não obtém resultado, já fizemos essa tentativa, sabe? (Celina, GP)

A lógica do acolhimento está colocada, mas com base nisso temos que nos perguntar: com qual finalidade? A postura de Celina não se resume a acompanhar ou não um usuário do serviço, mas inclui todas as implicações que decorrem desse acompanhamento, ou seja, os diferentes atravessamentos – sociais, morais, políticos, econômicos, institucionais etc. – que perpassam as concepções de trabalho de cada profissional.

O relato a seguir nos apresenta uma intervenção pautada em uma abordagem de escuta e aproximação do sujeito, que avança nos limites da prática da proteção social. Trata-se de uma escuta ativa e de um fazer que contribui para que o próprio sujeito encontre alternativas para sua vida, entre outros, de forma a ampliar seu acesso a direitos e sua participação política.

[...] ao mesmo tempo que esse sujeito vai buscando alternativas que ele possa ir melhorando enquanto pessoa, mas que esse alcance político da situação ele possa ter também que é mudar a realidade. Depois de ele acessar moradia, de ele acessar o trabalho, de ele acessar um documento, esse processo é contínuo. Então, nessa escuta, nesse acolhimento, esse processo que é um pouco concomitante, você escuta o sujeito e opera para que ele possa mudar essa realidade. [...]Essa escuta... uma escuta humanista, se é se a gente pode falar, né?! Humanizada, humanista, nesse aspecto, mas voltado para a leitura da realidade, favorecendo que o sujeito vá lendo a realidade que ele se encontra também. Então, dessa rua e trabalhando a perspectiva do acesso ao Bolsa Moradia, [...] construção de um relatório, que aí você resgata essa história, constrói, aponta elementos positivos nesse caso – como a tarefa é de construção de relatório – para que ele possa acessar esse benefício e consiga dar respostas na medida do acesso. (Roberta, ETS)

Estamos, então, chegando a um entendimento de que as ações de cuidado podem fazer parte do trabalho do psicólogo, desde que represente um meio para uma ação maior que ajude o sujeito a se colocar em uma via de libertação, seja nas ruas ou fora delas. O que não podemos conceber é que o profissional não saia daquilo que a psicóloga Sheila (EAS) nomeia de “lugar da mesmice” e não se proponha a desenvolver novas práticas.

Um ponto bastante polêmico refere-se à questão do desejo de se levar a vida nas ruas. Consuelo (ES) não aceita que consideremos essa hipótese, sendo explícita ao dizer que não acredita que haja dignidade na

vida ali, apontando para a realização de um trabalho que vise à construção da saída da PSR das ruas.

E a gente não tá ali pra ser assistencialista. A gente tá ali é pra realmente dar a esse usuário dignidade pra que ele saia dessa situação, né?! Porque eu não acredito que tenha dignidade na rua. Tem dignidade de outra forma, ele sendo escutado e ressignificando a vida dele de uma outra forma, mas para isso ó [estala os dedos várias vezes]. (Consuelo, ES)

A afirmação da psicóloga contradiz a opinião dos participantes do Grupo de Psicólogos que associaram esse destino de “sem-teto”, em certos casos, a uma opção, a um desejo. Para eles, para que a intervenção seja bem sucedida, deve-se levar em conta se a pessoa em situação de rua tem ou não o desejo de sair dessa condição.

Vive e faz as coisinhas, vende na rua, ele vai ficar é na rua, né? [...] É disso que ele vive, é disso que ele gosta, é essa a convivência que ele tem, isso não necessariamente isso vai mudar. Então qual que é a expectativa que se faz de um tratamento, né?! (Rebeca, GP)

Eu sei que tem vários casos, mas por que que essas pessoas foram pra rua? Tem casos diferentes, né?! Mas eu acho que em alguns casos tem limites. E se eu simplesmente falar: “Eu quero morar na rua, eu quero ser andarilho, eu quero viver de cidade em cidade?” Até onde é possível fazer um trabalho comigo? Entendeu? Eu não sei. Eu questiono isso. Eu não sei o que vocês acham. Eu sempre tive dúvida em relação a isso. (Pedro, GP)

Diante do exposto, os psicólogos apontam que o trabalho a ser realizado não pode ter como horizonte somente a perspectiva de retirada do sujeito da rua, mas tem que ser desenvolvido a despeito dessa opção. “Às vezes a demanda é de ficar na rua e a gente pode fazer um trabalho mesmo com a pessoa estando na rua” (Nádia, GP).

Observando-se os dados apontados pela Pesquisa sobre as condições socioeconômicas, políticas e culturais da população em situação de rua de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012a), vemos que uma das motivações da ida para as ruas corresponde ao rompimento com o vínculo familiar. Por outro lado, sabemos que os motivos para a permanência nas ruas são multifatoriais e que, muitas vezes, os próprios laços sociais que são ali construídos – com pessoas, lugares e até mesmo com a própria rede de atendimento – transformam-se em justificativa para tal.

Os participantes destacam que a sociedade muitas vezes, pautada na lógica higienista, se sente incomodada com a presença da PSR e exige sua retirada imediata. O psicólogo deve manter uma postura crítica diante da

questão para não cair no engodo de se atender à demanda da gestão ao invés daquela do público com o qual trabalha:

Você fica vendo que algumas regionais [administrações regionais do município] tem essa questão desse fenômeno higienista mesmo, dessa visão muito higienista mesmo de: “Eu vou dar o serviço, mas o serviço vai retirar aquele sujeito de lá!”. Não no sentido de que vai ter o serviço pra esse serviço trabalhar com esse sujeito pra encontrar uma solução pra problemática daquele problema ali, né?! (Consuelo, ES)

Isso dificulta a realização de um trabalho efetivo, pois ainda que seja possível vislumbrar outras possibilidades para essa população, há um tempo e uma lógica que são próprios de cada sujeito que devem ser respeitados. Temos que levar em conta que, ainda que a pessoa em situação de rua tenha o desejo de sair desta, isto não consiste em uma simples decisão, uma vez que os sujeitos precisam de uma reestruturação de suas vidas – o que requer um novo projeto, novos laços e pertencimentos sociais. Tal empreitada exige um trabalho cuidadoso.

O componente ético-político da atuação também foi destacado, ou seja, o fazer profissional que esteja em consonância com as diretrizes da política, que enxergue a pessoa em situação de rua como um cidadão e que seja direcionado para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos.

Porque, se eu for descrever o quê que é meu trabalho, no lugar, né, que eu estou, assim: é um trabalho voltado para esse cuidado dessa pessoa, mas desse cuidado como um todo, né, assim, vendo esse sujeito enquanto um sujeito de direito, na perspectiva da cidadania, na perspectiva da participação. (Roberta, GI)

[...] é trabalho, né, assim, onde ancora esse pressuposto da superação da condição de assistencialismo por uma condição de protagonismo, de autonomia. (Roberta, GI)

Todavia, a dimensão ético-política exige do profissional mais do que estar a par do que vem sendo praticado nesse âmbito, mas um engajamento mesmo, ativo, nos movimentos políticos. Roberta, por exemplo, considera-se privilegiada por trabalhar em uma instituição que possibilite uma atuação política.

Eu sou privilegiada em que sentido? De ter um fórum de população de rua e eu, enquanto psicóloga, poder participar enquanto eu tenho “n” colegas dentro do serviço que trabalham com a população de rua e que não participam. Apesar de ser um fórum aberto, no entanto, não participam. É um lugar onde o morador de rua tá, onde você pode escutar, onde você pode ajudar a construir algo pra esse público. Que uma questão é você tá ali

escutando e operando com esse sujeito e outra é essa construção histórica da mudança de um contexto social que eu acho que é papel da psicologia, de mudar o contexto da realidade na qual a gente tá inserido. (Roberta, ETS)

Nesse ponto, a participação nos conselhos de direitos foi citada como ferramenta essencial para a apropriação de um fazer em consonância, tanto com a política, como com outros serviços. Ainda pensando-se na importância de uma articulação política, o grupo (G1) apontou para a necessidade de se inserir também o público atendido em espaços políticos, como forma de lhes dar voz e visibilidade. Contudo, a realidade prática apresenta alguns impedimentos para a concretização desses objetivos. No município onde Nina (G1) trabalha, por exemplo, o Conselho Municipal de Assistência Social se reúne em um local de difícil acesso, o que acarreta a ausência de participação de usuários. Desse modo, eles acabam sendo representados pelos trabalhadores – pela forma pela qual são vistos por estes e pelas necessidades detectadas no atendimento – e não por meio de suas reivindicações diretas. Nina, porém, não vê na ausência de participação da PSR um problema.

Os técnicos, enquanto até mesmo representantes dessa política, uma vez que nós trabalhamos diretamente com eles [usuários] na efetivação da garantia de direitos de uma forma ética, né, de uma forma que tá num compromisso profissional pro assistente social, pro psicólogo. Então, ali [no Conselho Municipal de Assistência Social], a gente faz essa representação no momento que a gente vem relatar quais são as dificuldades do serviço, o que necessita para acrescentar, pra colaborar. Mas é um espaço aberto, pode ir toda população em situação de rua ou não, mas é uma questão de trânsito, de localidade, de territorialidade, é isso que é difícil. (Nina, G1)

A visão de Nina é preocupante, pois reforça uma postura que relega o público dessa política a um lugar de incapacidade, tomada por ideologias que não condizem com autonomia, protagonismo, cidadania ou com a condição de sujeito. É uma crença ingênua de que essa forma de representação possa ser legítima; crença que coincide com o modo como muitas políticas públicas são feitas – “para” certo público e não “com” este. E, talvez, por esse mesmo motivo, muitas delas fracassem.

Se observarmos que 82,3% do público da Pesquisa sobre as condições socioeconômicas, políticas e culturais da população em situação de rua de Minas Gerais não participa de algum grupo de discussão sobre a sua realidade, podemos inferir que há, muitas vezes, uma inadequação na implantação dos programas e serviços sociais que fazem com que “o trabalho que se realiza com esta população não é direcionado para desenvolver o protagonismo dos mesmos” (MINAS GERAIS, 2012, p.42). Por outro lado, devemos considerar que faz parte do perfil dessas pessoas viver cada dia

de uma vez, e lutar pela sobrevivência parece um objetivo mais palpável e necessário do que empreender lutas políticas. Além do mais, a participação política do brasileiro, de qualquer classe social, tem sido marcada pela apatia e pela falta de engajamento cívico, ainda naquelas onde estão superados os impasses da sobrevivência econômica e material.

No mesmo estudo, perguntados se conhecem ou se já ouviram falar do MNPR, 76,5% responderam que não. Em relação à pergunta similar sobre a PNPR, 82,3% informaram que não a conhecem ou que não ouviram falar dela (MINAS GERAIS, 2012).

Este fator é preocupante, pois [...] o protagonismo dos grupos vulnerabilizados constitui-se talvez na mais importante estratégia de luta em defesa dos direitos da população em situação de rua, pois é desta forma que os sujeitos que a formam passam a compor corpos políticos – como fóruns e comitês locais – além de despertar o interesse em participar de conferências, seminários e outros eventos onde decisões políticas são tomadas. (MINAS GERAIS, 2012, p.42)

A questão do sigilo também foi tratada e colocada pelos participantes como uma questão de respeito à pessoa em atendimento. Na visão de Sheila,

[...] por mais que *cê* trabalhe em uma instituição pública e as informações têm que correr, tem algumas informações que não vão correr. A não ser que ele [o usuário] me autorize a falar para outras pessoas, eu não vou falar para outras pessoas. Porque, *né*, não é ético. (Sheila, EAS)

O âmbito do respeito, porém, não se limita à questão do sigilo, indo além deste e sendo pensado em vários aspectos. Por exemplo, o respeito à condição do sujeito como pessoa em situação de rua:

Então às vezes ele *tá* sujo, ele *tá* fedido, *né*?! Respeitá-lo mesmo, *né*, enquanto ser humano, enquanto sujeito. Não estigmatizá-lo, porque a sociedade já faz isso, *né*?! [...] Nunca peguei doença nenhuma de pegar na mão do sujeito, de falar: “Oi! Tudo bom? Prazer! Meu nome é Consuelo”, *né*?! Que é esse acolhimento, que é esse trato mesmo, que é o respeito. Quando você trata o sujeito com respeito, o sujeito possibilita que você tenha um vínculo com ele. (Consuelo, ES)

O respeito, inclusive, ao silêncio do sujeito. A sensibilidade surgindo como elemento necessário ao componente ético da profissão, para se entender que há um silêncio que deve ser observado e respeitado. “Respeitá-lo no silêncio, *né*? Às vezes, ele não quer conversar mesmo, ele não *tá* bem pra conversar. Então *cê* fica vendo muito profissional no sentido, assim, de não escutar: ‘Ah, ele não tem nada pra dizer’” (Consuelo, ES).

O reconhecimento do limite da atuação é outro item citado:

Eu tento ao máximo, assim, na medida do possível, *né*, não assumir uma coisa que eu não tenho uma formação pra isso, *né?!* Então, por exemplo, estudo socioeconômico. Se tiver que fazer, eu sinto muito, tem o assistente social, *né?!* Ele que vá fazer. Se ele não puder fazer, eu sinto muito também, mas tem coisas que não competem, *né*, à minha formação. (Sheila, EAS)

Sheila (EAS) também fala do perigo da patologização de questões sociais, que ocorre quando o profissional fixa-se apenas na classificação nosológica do sujeito e se esquece de que existem fatores sociais, históricos e econômicos que contribuem fortemente para a situação de vulnerabilidade na qual ele se encontra. “Às vezes a gente tem que tomar cuidado pra não achar que tudo é patologia. Isso a gente tem que tomar muito cuidado, porque, senão, a gente sai classificando, sabe? Assim: ‘Perverso’; ‘Ah, é psicótico’, *né?!*” (Sheila, EAS). A participante parece se preocupar com a adoção de uma postura medicalizante, que tem se tornado comum na atualidade e conduz à realização da análise de determinadas situações sociais, transformando-as em categorias psicopatológicas.

Por fim, a ética em relação ao tratamento de usuário de drogas é ponto polêmico levantado pelos psicólogos. Esta é uma realidade a ser enfrentada, haja vista o grande contingente de pessoas em situação de rua que afirma possuir algum tipo de dependência química. Dentre os que dizem possuir algum problema de saúde (46,6%), grande parte (81,3%) relaciona este ao uso constante de tabaco e álcool, constando em terceiro lugar as drogas ilícitas. Quanto maior a idade, maior é o consumo de álcool e quanto menor a idade, maior é o consumo de drogas ilícitas (MINAS GERAIS, 2012a).

A decisão de se fazer um encaminhamento para internação apresenta divergências. Os participantes que se posicionam contra esse recurso argumentam que a lógica de trabalho dos CAPSad e dos Consultórios de Rua é diferente da lógica das Comunidades Terapêuticas. Os primeiros trabalham com a perspectiva da redução de danos e as Comunidades Terapêuticas, com a da abstinência. Lembrando-nos que a abstinência é uma perspectiva de trabalho que tem como único objetivo a extinção do uso de drogas pela pessoa que se encontra em tratamento; e, a redução de danos, por sua vez, consiste em uma estratégia de abordagem para o enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de drogas, cujo objetivo é reduzir os danos associados a este, sem necessariamente partir do princípio de que deve haver uma imediata e obrigatória extinção dessa prática.

Vejamos as falas de alguns participantes:

Laura: A gente não costuma fazer encaminhamento pra Comunidades Terapêuticas. Por quê? Acreditamos no nosso trabalho. [...] nós do

CAPSad acreditamos no nosso trabalho, sabe que dá certo, sabe que é positivo, pra quê que nós vamos encaminhar?

Camila: Até porque são lógicas diferentes, né?! [...] A Comunidade Terapêutica é abstinência. O CAPS é redução de danos. (GS)

Ronaldo (GS) afirma que as perspectivas podem ser diferentes, mas não são opostas: “A abstinência não é o contrário de redução de danos”. Dessa forma, ele percebe o encaminhamento para Comunidades Terapêuticas como uma possibilidade para o tratamento. “Tudo é permitido, entre aspas, em questão de ajudar ao paciente, vamos dizer assim, ao morador de rua, né?! Se surgiu da vontade dele: ‘Ah, eu quero me internar’, beleza, então. OK” (Ronaldo, GS). Essas colocações têm a anuência de Elizete: “Se o cara quiser ficar pelo menos dois meses na Comunidade, ele sabe que naqueles dois meses ele vai ganhar peso, ele vai se alimentar, ele vai tratar dos dentes. Pra mim é redução de danos!” (Elizete, GS).

São opiniões divergentes, porém a compreensão de que o respeito à decisão da pessoa atendida é primordial foi ponto de consenso na discussão. Ainda assim, tal posicionamento nos leva a crer que alguns profissionais ainda mantêm uma visão moralista acerca da questão, uma vez que é sabido que há Comunidades Terapêuticas que infringem quesitos éticos da profissão, como a laicidade da prática do psicólogo, a não associação dessa prática a nenhuma forma de castigo, o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, o respeito ao desejo, além de estabelecer seus planos terapêuticos sem nenhum embasamento em preceitos técnicos, éticos e científicos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Conforme regulamentado pela Portaria MS nº3.088 (BRASIL, 2011c), as Comunidades Terapêuticas compõem a Rede de Atenção Psicossocial como Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório, reservando-se a oferta, por até nove meses, de cuidados contínuos de saúde para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Sendo assim, o tratamento – cuidado clínico geral, indicação do acolhimento, acompanhamento especializado, planejamento da saída e seguimento do cuidado – é (ou deveria ser) ofertado pela atenção básica e pelos CAPS.

7. DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

De maneira geral, a PNPR é avaliada positivamente. Os participantes ressaltam seu caráter inclusivo, trazido principalmente pela intersectorialidade, e o enfoque no protagonismo da PSR – que participou da elaboração do próprio texto da política e também pôde compor os comitês responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento desta. Entretanto, como essa política foi instituída há apenas quatro anos – o Decreto nº 7053, que a regulamentou, data de 23 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009a) – são elencados desafios cotidianos à sua consolidação: contradições em sua implementação, variedade e número insuficientes e desarticulação de serviços que deveriam compor a rede de atendimento e estereótipos com relação a essa população já engendrados na sociedade.

Há uma série de contradições na forma em que o poder público enfrenta a problemática da PSR. Ao mesmo tempo em que os governos propõem, atualmente, serviços, programas e projetos apoiados em uma lógica de inclusão e de empoderamento desses sujeitos, na qual se baseia a PNPR, os participantes apontam que ainda é comum a recusa de diversos serviços públicos em atender a essa população e a existência de ações higienistas e repressivas. Fala-se, inclusive, de certo espanto das pessoas atendidas pelas equipes nas quais trabalham participantes da pesquisa ao perceberem essa contradição.

O prefeito ordena lá: Consultório de Rua na regional da [nome de uma região do município], *né?! Mas, na realidade, no fundo, no fundo, ele tá querendo uma situação higienista, né?! Porque a partir do momento que o prefeito coloca pedras de baixo do viaduto pro morador não dormir de baixo do viaduto, é uma visão higienista, né?! A partir do momento que – olha que coisa louca! – tem o Serviço de Abordagem de Rua, tem o serviço do Consultório de Rua, mas também tem o serviço da fiscalização, que é da prefeitura, que é o caminhão pipa que ele passa primeiro, vira, acorda o sujeito: “Rapaz! Pode sair daí!”. O cara: “Não, eu não vou sair não!”. “Cê vai sair sim! Se você não sair, eu vou chamar a polícia agora!”. E vai junto com a guarda municipal, com a polícia. O sujeito sai dali, depois vem o caminhão pipa, lava a rua, pronto. Aí, depois de algumas horas, o sujeito volta lá praquele lugar. Aí chega o Consultório de Rua, chega a Abordagem de Rua e o sujeito: “Pera aí! Cês são da prefeitura?! Pô! A prefeitura acabou de vim de manhã e me tirar daqui!”. E a gente: “Não, mas a gente é outro serviço da prefeitura que trabalha de uma forma diferente desse serviço que veio e que te tirou”. Então, assim, pra você ver como que tem a discrepância mesmo nesse sentido. (Consuelo, ES)*

Na avaliação dos participantes, os governos municipais não estão interessados em lidar com a questão da PSR. A partir de uma lógica higienista, optam por se livrar do problema em vez de resolvê-lo. “Eu acho que, por enquanto, ainda tem muito essa visão mais antiga assim: ‘*Tá! Vamo maquiar a cidade. Vamo tirar esse ali, né?! Mas não resolve a questão, não aprofunda em nada*’ (Pedro, GP). E, a demanda pela “limpeza das ruas”, muitas vezes, vem da própria sociedade.

Assim, eles querem que a gente tire as pessoas das praças pra resolver o problema, *né?! Porque tá bebendo, porque tá incomodando*. E, às vezes, os próprios outros serviços da prefeitura também têm uma visão um pouco higienista também. (Nádia, GP)

Como já destacamos anteriormente, as ações do poder público brasileiro, na percepção de Aeixe (2011), não estão voltadas para os condicionantes do fenômeno da PSR, buscando apenas soluções rápidas para o que é incômodo e aparente.

Desde 1870 [...] o atendimento ofertado nas aglomerações urbanas brasileiras tem consistido na retirada das ruas e alojamento em grandes albergues de centenas de seres humanos em situação de extrema precariedade, sem oferecer-lhes alternativas de saída para uma condição de autossustentação digna. (AEIXE, 2011, p.5)

Outra face dessa questão é o planejamento urbano das cidades que não oferece acolhida a essas pessoas. “[...] sem banheiros públicos, sem acolhimento noturno para famílias, sem repúblicas ou pensões populares para pessoas em tratamento de saúde ou em período inicial de trabalho. De um lado, isolamento. De outro, negação do direito à cidade” (AEIXE, 2011, p.5).

Ações de retirada das pessoas das ruas para o tratamento da dependência química parecem ser comuns. Nos municípios onde trabalham Ronaldo e Camila (GS) essas ações são acompanhadas pela polícia e, por isso, o convite para saída das ruas toma um caráter imperativo.

Porque aqui em [nome do município] aconteceram algumas ações de um projeto do Governo do Estado, que chama Aliança pela Vida, *né?! E que aí não era bem assim, não era convite. Quer dizer, eles falam que era convite, mas chegam com a polícia junto. [...] na regional que a gente trabalha, que é conhecida como a cracolândia de [nome do município], as pessoas estão ali e tão, vamos dizer assim, fora da lei, porque elas estão usando crack, então a polícia chega junto: “Vamos fazer um tratamento?”. [...] Claro que a pessoa vai! Não tem jeito. *Né?! (Camila, GS)**

É interessante que quando eles vão abordar, vão duas *Falcon* da polícia, moto, vão pra praça. [...] Chega e fala assim: “Cadê o documento?”. Aí o cara: “Não tenho, não tenho documento”. “Qual que é o seu nome? Seu primeiro nome?”. E aí começa a fazer as perguntas. Após essa pergunta vem o assistente social: “Deixa eu te ajudar”. (Ronaldo, GS)

Ronaldo (GS) conta, ainda, que as pessoas retiradas das ruas são levadas para uma casa de acolhida que fica em local distante da cidade.

Ronaldo: Mas é interessante que lá eles fizeram essa casa, né?!

Diana: Casa de Acolhida.

Ronaldo: [...] pra acolher os moradores de rua só que é muito longe, muito longe.

Elizete: Não é só pra acolher, é pra acolher e esconder.

Ronaldo: Isso. É. Essa é a palavra. É uma higienização social que eles tentam fazer. (GS)

A existência de práticas de retirada das pessoas das ruas que se assemelham à internação involuntária é preocupante. O caráter involuntário é mascarado por um convite que, mediante a utilização de mecanismos de coerção, como a presença da polícia, pode ser interpretado como ordem categórica. Segundo a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e o modelo assistencial em saúde mental, a internação só é indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes (BRASIL, 2001). Assim, o que deveria ser uma exceção está sendo tomada como a única possibilidade de tratamento.

Outro problema são as ações de caráter repressor. O mais comum parece ser a abordagem agressiva dos policiais e, daí, vem a preocupação das equipes em não vincular seu trabalho ao das instituições de segurança pública.

De início foi acordado o seguinte: quando o Consultório de Rua tiver, a polícia não vai estar, porque não tem como associar esses dois trabalhos. [Nesse momento, várias pessoas concordam]. A polícia vem para reprimir e a gente tá propondo uma outra coisa completamente diferente. (Lourdes, GS)

Mas apesar dos esforços para separar essas ações, Lourdes (GS) conta que a polícia do seu município tem utilizado como estratégia aparecer nos locais em que a equipe do Consultório de Rua fará alguma intervenção.

[...] agora eles tão numa estratégia assim: sabe que vai ter alguma ação do Consultório de Rua, eles chegam primeiro e eles ficam lá. Aí fica aquele clima na hora que a gente chega. Quando a gente chega, eles vão embora, eles esperam a gente ir embora e voltam de novo. Então a gente fica nesse movimento: vai, denuncia, volta, denuncia, vai, denuncia, volta... E aí não tem conversa. Assim, a gente chama pra conversar, o comando [da Polícia Militar] não quer nem saber, já fala que tem um acordo, que a gente não sabe que acordo que é esse e as coisas vão acontecendo, né?!

Aeixe (2011) aponta que a possibilidade de ofertas de repostas à problemática da PSR que proporcionem a essas pessoas possibilidades efetivas de construção de sua saída das ruas estaria condicionada à superação de alguns desafios. O primeiro deles relaciona-se às, tão faladas pelos participantes da pesquisa, contradições na forma com que o poder público trata essa questão. Nesse sentido, a autora destaca o conflito existente entre as ações das Políticas Sociais e as da Política Urbana.

Enquanto uma proporciona abordagem social, documentação, encaminhamentos para equipamentos, a outra se ocupava de retirar objetos e pertences (os mesmos documentos, além de medicamentos, etc.) de forma compulsória, quando não os expulsava dos espaços de uso comum do povo: praças, viadutos, marquises ou áreas ociosas. De um lado, atestam a cidadania; de outro, comprovavam sua exclusão. (AEIXE, 2011, p.7)

Assim, mostra-se necessário conseguir um alinhamento conceitual da visão de governantes e da sociedade civil organizada com a perspectiva de inclusão e empoderamento da PSR trazida pela PNPR (AEIXE, 2011).

Outro desafio seria a concretização da intersetorialidade que encontra obstáculos em ações baseadas em perspectivas dicotômicas e reducionistas e na rigidez da estrutura organizacional. A integralidade do atendimento à PSR não pode ser alcançada com ações fragmentadas e concentradas em apenas um setor das políticas públicas. Além disso, é preciso, se não extinguir, diminuir o evidente descompasso entre a realidade – que apresenta situações complexas que exigem respostas criativas e rápidas – e os trâmites burocráticos dos equipamentos públicos – que não permitem que os casos fluam pela rede de forma célere e eficiente (AEIXE, 2011).

A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua destaca a necessidade do envolvimento de todos os setores das políticas públicas e da sociedade civil em ações direcionadas a essa população.

Assim como as pessoas em situação de rua têm por direito constitucional serem consideradas cidadãos integrais, também as políticas públicas que as contemplam devem ser pensadas desde uma perspectiva interdisciplinar e

integral, deslocando-se da Assistência Social a responsabilidade exclusiva pelo atendimento a este segmento. (BRASIL, 2008b, p.6)

A garantia de acesso às diversas políticas públicas e a articulação intra e intersetorial da rede de serviços também é apontada pelos participantes como aspectos extremamente necessários à integralidade do atendimento. No entanto, este estudo revela que a atenção à PSR ainda concentra-se na assistência social. Esse fato também foi observado na Pesquisa sobre as condições socioeconômicas, políticas e culturais da população em situação de rua de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2012a), na qual as secretarias de assistência social dos municípios e órgãos congêneres são apontados como o órgão responsável pelo atendimento à PSR por 92,8% dos entrevistados. A assistência social é a “porta de entrada” da PSR e parece não haver um fluxo que coloque a questão dessa população para os demais órgãos municipais.

Na saúde, a exceção a essa regra fica por conta dos serviços que atendem pessoas em situação de rua que fazem uso abusivo de drogas – como os Consultórios de Rua e os CAPSad. Quanto aos demais serviços de saúde, os participantes percebem a dificuldade de acesso por parte dessa população. Um dos empecilhos seria a burocracia. Apesar de a PNPR e de o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015 terem como princípio o acesso integral aos serviços do SUS (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2012a) e de a Portaria MS nº 940/2011 determinar que os moradores de rua estão dispensados da apresentação de comprovante de residência para o cadastramento no SUS e que a ausência ou inexistência do Cartão Nacional de Saúde¹⁷ não é impedimento para a realização de atendimento (BRASIL, 2011d), os participantes dizem que os serviços não deixam de exigir um documento de identificação. “Esse é um problema da rede de burocratizar muito né?! [...] ‘Cadê o cartão SUS?’. [...] Burocratizando ele tá dificultando o acesso. [...] São milhões de empecilhos até ele chegar lá [no serviço de saúde], aí no meio do caminho ele desiste” (Lilian, GS).

Os participantes do Grupo de Psicólogos ressaltam que mesmo a assistência social ainda está em processo de estruturação para o atendimento da PSR com a implantação de novos serviços e adequação daqueles já existentes. Eles falam muito da “falta de estrutura” dessa política pública que se reflete na precariedade dos serviços, na oferta de um número de vagas em abrigos que não comporta a demanda e na ausência de Centros POP ou na sua existência em número insuficiente.

17 O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que, por meio de um cadastramento, possibilita a vinculação dos procedimentos executados no SUS à pessoa atendida, ao profissional responsável e à unidade de saúde onde foram realizados.

Rebeca (GP) conta que na cidade onde trabalha a situação é muito precária. Apesar de, segundo ela, metade da população do município estar abaixo da linha da pobreza, inexistem serviços específicos para o atendimento às pessoas em situação de rua. Ela acredita que estas acabam acessando os serviços de Belo Horizonte, que é um município vizinho.

Então, nós não temos hoje esse serviço [Serviço Especializado em Abordagem Social], não temos abrigo, não temos casa de passagem, não temos que receba migrante. Porque a gente tem algumas situações assim lá também. Não temos nada e eu acredito que o pessoal venha para Belo Horizonte. (Rebeca, GP)

A psicóloga avalia que os incentivos financeiros do Governo Federal para implantação dos serviços nos municípios são insuficientes. Para ela não há interesse do poder público em fazer avançar essa política.

[...] a questão financeira que vem do Governo Federal não dá pra pagar nem... nem assim... Acho que são... eram R\$50 mil na época. Não me lembro. [...] Mas fica pesado pra prefeitura assumir isso, né?! Eu acho que é uma questão também, assim, de dificuldade ainda de todos os entes participarem do financiamento. Eu não vejo muito interesse político em fazer isso não. Eu acho que sem interesse político, a política também não vai pra frente. (Rebeca, GP)

Os participantes do Grupo Multiprofissional Intersetorial lamentam a inexistência na estrutura do SUAS de um serviço para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de rua similar ao Centro POP. O grupo acredita que o ideal é que não houvesse crianças em situação de rua, entretanto a realidade é que elas não só estão nas ruas, mas também desassistidas. Quando lhes é oferecido atendimento, é por meio do Conselho Tutelar e este, por vezes, não é realizado de maneira adequada.

Como lá nós não podemos atender o adolescente, a criança e o adolescente, a primeira coisa que a gente tem que fazer é comunicar o Conselho Tutelar que nem sempre vai resolver a questão do jeito que a gente acha que tem que ser resolvido. Então, essa criança, na maioria das vezes, ela vai voltar pra rua, tá? (Felipa, GI)

Podemos pensar que a existência de crianças e adolescentes em situação de rua comporta em si um paradoxo já que, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é responsabilidade da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público garantir a crianças e adolescentes a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990). Ora, como esse e outros direitos podem ser garantidos nas ruas?

O ECA prevê, em casos de violação de direitos, aplicação de medida de proteção a crianças, adolescentes e suas famílias (BRASIL, 1990). No entanto, antes do acolhimento institucional ou do retorno ao convívio familiar, há a necessidade de

sensibilização para o acolhimento no serviço e construção de vínculo de confiança com o mesmo [a criança ou o adolescente]. Ao longo do processo de trabalho pela saída da rua [...] deve-se trabalhar também o significado do “estar e não-estar na rua”, expectativas, desejos e temores quanto à retomada do convívio familiar e social, dentre outros aspectos. (BRASIL, 2009d, p.51)

Dessa forma, os participantes do grupo parecem apontar a ausência de equipamentos de retaguarda da rede que possam servir como ponte entre crianças e adolescentes em situação de rua e o regresso a suas famílias ou o acolhimento institucional.

A falta de uma articulação entre os serviços existentes também é percebida. A maioria dos participantes aponta um desconhecimento dos próprios profissionais acerca dos serviços e equipamentos que compõem a rede de atendimento à pessoa em situação de rua. Dessa forma, os serviços funcionam isoladamente. Um incidente no Grupo Multiprofissional de Saúde precisa ser comentado: a participação de profissionais de dois serviços – CAPSad e Consultório de Rua – de um mesmo município que não se conheciam. As profissionais do CAPSad, Laura e Rita, nem sequer sabiam da existência do Consultório de Rua. Durante o grupo, ao surgir o assunto de rede de serviços, esse desconhecimento gera certo mal-estar. Cada equipe, procurando se desresponsabilizar por essa desarticulação, acaba acusando a outra. Essa discussão encerra-se apenas quando Elizete, do Consultório de Rua, relaciona o problema a uma falha da gestão da saúde no município.

Consideramos que essa desarticulação denota, acima de tudo, falta de interesse dos gestores da política de saúde do município que não percebem como é importante que informações sobre os serviços existentes circulem dentro da própria rede. No entanto, em consonância com a opinião de Fabrícia (GS), precisamos destacar também a relevância da atuação do profissional para a resolução de questões desse tipo. Para ela, as pessoas que atuam em políticas públicas diretamente com o usuário não podem ficar em posição passiva, pois precisam articular a rede a partir da demanda do usuário, procurando, assim, garantir a integralidade de seu atendimento. Vários participantes parecem adotar esse posicionamento e, dessa forma, têm conseguido construir experiências interessantes para articulação de rede que serão relatadas ainda neste capítulo.

Alguns participantes percebem que a rede funciona de forma concorrente e não complementar e que, muitas vezes, o interesse do serviço ao fazer o encaminhamento é de se livrar do usuário.

Aline: [...] a rede fica, ao invés de complementar, ela fica um pouco concorrente. Porque aí a assistência social precisa tirar aquele morador da rua, [...], aí leva pro CAPSad, ou leva pro CAPS II, pro CAPS psiquiátrico, ou vai pra... Mas não tem uma continuidade do serviço, então fica aquela briga assim, quem que vai ficar com...

Celina: Um jogo de empurra.

Aline: É. Quem que vai ficar com essa pessoa? E principalmente o morador de rua em situação de uso de álcool ou de droga. (GP)

Diante de tantos problemas, os participantes veem como algo extremamente complicado a efetiva saída das ruas.

Assim, as dificuldades que a gente encontra, eu não diria nem da população em si, eu acredito que seja mais de uma retaguarda no sentido de voltar... fazer com que esse sujeito volte pra sociedade, volte pra família, né?! [...] Retaguarda no sentido, assim, *vamo* vê se eu consigo ser mais explícita: [...] com criança e adolescente, *cê* tirou o menino da rua, o menino voltou pra casa, a família precisa ser trabalhada, aí a família vai ser inserida no Paefi¹⁸. Pra família ser inserida no Paefi, ela precisa de ser encaminhada através de Juizado, que é medida protetiva ou Conselho Tutelar. Aí *cê* vai encaminhar um relatório pro Conselho Tutelar. O menino já voltou pra casa – o Conselho Tutelar demora dois, três, quatro meses pra encaminhar pro Paefi. O Paefi, por sua vez, manda uma cartinha pra mãe do menino. E aí a mãe do menino não vai ir lá no Paefi. Se o Paefi não for na casa lá, *né*, se o serviço não for até a casa e chamar: “Olha, minha senhora, é importante a senhora ir lá, responder a medida...”. Ela não vai! Aí o Paefi chega e desliga – e o menino *tá* lá na casa dele lá. Às vezes ele apanhou, é surrado, a mãe bate, *tá* sem paciência, não sei o quê. Era esse o motivo que o menino vinha pra rua e além do uso de droga, de tiner, *né*, de inalante, de solvente. Aí chega lá, *tá* lá, aí o Paefi não vai até a casa, não começa a acompanhar. Aí o caso volta pro Conselho, que volta pra gente. Daqui a pouco esse menino *tá* na rua de novo, ou seja, todo aquele trabalho que *cê* fez de ressignificação, de não sei quê, de... foi perdido, *né*?! (Consuelo, ES)

A questão do Bolsa Moradia, a gente tem, mas o número é insuficiente. [...] o programa de abordagem tem cinquenta e poucos técnicos que trabalham, mas eles também não têm retaguarda porque ele é da abordagem. Enquanto

18 O Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi) é ofertado pelos Creas e compreende ações de apoio, orientação e acompanhamento especializado a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos. Suas atividades são direcionadas à promoção de direitos, à preservação e ao fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais (BRASIL, 2009b).

isso, a pessoa vai encaminhar pra onde? [...] Que possibilidades que ele tem? Tem um centro de referência na cidade com capacidade de acolhimento em torno de 100 pessoas pra poder tomar um banho, pra guardar os pertences, pra poder usar um telefone, pra agendar uma entrevista de trabalho, pra poder olhar a questão de saúde, oferece algumas oficinas [...] E, no Censo de 2005, se encontravam na rua 1164 moradores. Hoje nós estamos em 2012. Assim, esse número cresceu bastante. Então tem uma retaguarda, mas que ela é... ela é insuficiente, ela não responde. (Roberta, ETS).

Nogueira (2005), em um trabalho desenvolvido por uma ONG em São Paulo com crianças e adolescentes em situação de rua, depara-se com o mesmo dilema. Quando a criança ou o adolescente decide-se por sair das ruas, tem início “ardiloso e infortunado embate, buscando mediar seus quereres com as possibilidades concretas para que participassem do convívio em sociedade de uma nova maneira” (NOGUEIRA, 2005, p.14). Esse embate revela que, apesar de terem direito à proteção integral, articular esse direito aos recursos existentes não é algo simples em razão do distanciamento dos estabelecimentos formais de ensino, à ausência de abrigos, de apoio familiar e social e de recursos financeiros. A autora aponta que, muitas vezes, é impossível transpor esses obstáculos, assim, poucos meninos têm sua saída da rua concretizada.

O retorno desses meninos às suas comunidades é entendido por Nogueira (2005) a partir de um processo de inclusão, ou melhor, da dialética exclusão/inclusão teorizada por Sawaia (2012b). Essa visão dialética, já discutida anteriormente, relaciona inclusão e exclusão como aspectos que não podem ser compreendidos separadamente. Trata-se de um processo constitutivo do funcionamento do próprio sistema capitalista que determina o modo de inserção – nem sempre adequado – de cada um na sociedade, capturando o sujeito e suas relações com os outros.

Partilhando a leitura de Nogueira (2005), acreditamos que a contradição presente na implementação da política e a desestruturação e desarticulação da rede, que impedem a oferta de uma atenção integral à PSR e, portanto, coloca barreiras, muitas vezes intransponíveis, à sua saída das ruas, reflete a dialética exclusão/inclusão presente em nossa sociedade. O processo de inclusão dessas pessoas, lógica em que se baseia o Decreto nº 7053 (BRASIL, 2009a) e outros marcos normativos dessa política (BRASIL, 2005; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b), refletindo o que seriam direitos legítimos destas, é cerceado por uma série de questões que impedem que esses direitos se concretizem, destacando o caráter ilusório e utópico de uma inclusão satisfatória.

A ideia de uma dialética exclusão/inclusão aparece claramente na discussão ocorrida no Grupo Multiprofissional de Saúde sobre a recente

proposta do Governo Federal de alteração do projeto do Consultório de Rua, que passa a se chamar Consultório na Rua, a atender a toda a população em situação de rua – não só as pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas – e integrar a atenção básica da saúde – atualmente, seu vínculo é com a rede de saúde mental (BRASIL, 2012c). Os participantes desse grupo fazem uma crítica a esse novo modelo, que seria uma forma de segregar essa população. Se ela, como os outros cidadãos, tem direito de ser atendida pelos serviços de saúde, porque criar um serviço específico?

Cléber: Já tão separando mesmo, *né?* Não é cidadão, é a população da rua. [...] Aí tem que ter o Consultório da Rua para a população da rua porque a população da rua não pode não ser atendida no posto.

Ronaldo: É uma segregação, *né?*

[...]

Lourdes: “Você não acessa o serviço, a gente vai até você e fica por lá mesmo”.

Ronaldo: E é mais fácil pro governo isso, bem mais fácil.

Essa opinião corrobora a do Grupo Multiprofissional Intersetorial e, ao mesmo tempo, mostra novamente os contrastes presentes no enfrentamento dessa problemática. Para os participantes desse grupo, a PNPR evidencia a necessidade de essas pessoas serem atendidas como os outros cidadãos, seja na saúde, na educação, ou em outros setores.

Cabe destacar a experiência dos profissionais que têm buscado provocar, com alguns êxitos, os governos municipais para uma mudança nesse cenário. A equipe de Mariana (GP), na defesa de uma sede própria para o Centro POP e da implantação de outros dois equipamentos como esse em sua cidade, se faz presente nas discussões do Orçamento Participativo. Os trabalhadores da Assistência Social do município onde Kátia e André (GP) atuam propuseram e conseguiram aprovação no Conselho Municipal de Assistência Social da reserva de seis por cento das moradias do Programa Minha Casa Minha Vida para a população em situação de rua e para mulheres em situação de violência. Em outro município, como relata a psicóloga entrevistada Consuelo (ES), a implantação do Consultório de Rua aconteceu a partir da organização dos profissionais que trabalhavam no Serviço Especializado de Abordagem Social que perceberam que a assistência social não deveria, nem conseguiria, dar conta dessa questão sem a participação de outros setores. Na cidade onde Rebeca (GP) trabalha, as intervenções dos profissionais da assistência social levaram o governo municipal a dirigir a atenção para a questão da população de rua.

Parece que vai ter mesmo a criação de um abrigo. [...] ficou um pouco, assim, necessário tomar uma atitude, né, diante das nossas intervenções. A gente foi fazendo intervenções quando a gente era convocado, porque a gente também não sai buscando [realizando busca ativa], porque a gente não tem condições de buscar, porque a gente não tem o quê fazer. Então, teve uma assistente social lá que ela fez uma abordagem. [...] Foi provocada por alguém. [...] Fez uma abordagem e tal e escreveu um relatório tecnicamente embasado, explicando tudo que deveria ser oferecido àquela pessoa, mas que a gente não tinha condição. Aí a gente vem tentando conversar disso com a secretária de assistência, de mostrar isso, deixar tudo documentado, tudo melhor documentado possível, bem embasado, dizendo da importância, inclusive, de ter equipe específica [no CREAS do Serviço Especializado de Abordagem Social]. (Rebeca, GP)

Fabírcia (GS) relata a criação de um grupo de trabalho da PSR no CAPSad onde atua, que conta com a participação de outros serviços, como forma que encontraram para se aproximarem da assistência social.

[...] a gente aposta nessa ideia, da questão, né, da gente ficar na queixa, que a rede não funciona, aqui a gente trabalha com essa ideia de que quem faz a rede é em cima de cada usuário e o profissional de referência que vai ligando os pontos dessa rede, né?! E esse trabalho que a gente faz com o GT, né, de população de rua foi meio pra poder suprir isso, tentar aproximar, né, a Assistência Social. (Fabírcia, GS)

Para lidar com a falta de equipamentos que possibilitem o pernoite dos usuários do CAPSad onde atuam Jorge e Denise (GI), os funcionários desse serviço montaram uma associação, formularam um projeto e conseguiram recurso da prefeitura para a implantação de uma casa abrigo.

Nós criamos uma associação lá em [nome da cidade], dos funcionários do CAPS, essa associação, nós vamos poder... Tava aberto um edital com recursos e a nossa associação participou do projeto e ela conseguiu. Então, nós vamos alugar uma casa, vamos adaptar, vamos acolher, acolher alguns usuários que tá no CAPS com a gente, que é morador de rua e não tem onde ficar. (Jorge, GI)

Eles esperam, com isso, ter aumento na adesão ao tratamento, pois, quando o paciente não tem um lugar seguro para passar a noite, ele não faz o uso correto da medicação. “A rua é um fator de risco à noite, né?! Muitas vezes a medicação também, né?! No caso do CAPS, são medicações pesadas, são medicações que dão sonolência, ele não consegue mesmo continuar, porque pra ele é difícil. Na rua?!” (Denise, GI).

Segundo os participantes, além dos entraves da própria política, um dos maiores desafios no trabalho com essa população é a própria

especificidade da situação de rua. Roberta (ETS), ao ser entrevistada, aponta esse contexto como algo que desumaniza. A perda dessa humanidade se destaca principalmente na (falta de) higiene pessoal e nas diversas situações de violência a que são submetidos. Para ela, o uso de drogas é a maneira que esses sujeitos encontram pra suportar essa situação.

É um campo de trabalho muito... muito árduo. *Cê* descortinar um ser humano já desacreditado dele mesmo, uma série de coisas, assim, pessoas com tentativas de autoextermínio, assim, muitos, *né*, soropositivos se entregando. Muito complexo nesse sentido, assim, desse humano que a gente *tá* posto aí, que a gente se formou e espera acreditar na vida, *né?! (Roberta, ETS)*

Os lugares inconstantes e os territórios segregados que compõem a vida nômade dessas pessoas, por sua vez, são fatores que potencializam a dificuldade dos profissionais construírem com estas vínculos sólidos e duradouros. Acresça-se a isso a permanência de ações de conotação higienista e de uma violência velada. Reverter esse quadro e construir uma nova imagem dos profissionais que atuam nessas políticas não é tarefa fácil e nem de curto prazo.

Na verdade, alguns participantes avaliam que alguns profissionais não estão preparados para trabalhar com a população em situação de rua, pois possuem uma série de preconceitos relacionados a ela.

Por mais que *cê* tenha um... legislação que fala: “Olha, esse público tem que ser atendido. Compete ao poder público, às organizações, atendê-lo” – assim, ainda *tá* embutido muito a visão que as pessoas têm de quem *tá* na rua, *né?! De quem... “cê é vagabundo, cê num presta, cê optou por aquilo”. Que é essas duas coisas, né: ou quem tá na rua era coitadinho, ou é todo mundo bandido. Então, você sai doando tudo ou então cê sai prendendo todo mundo. Né?! Então, a construção da política ela é bem, bem recente assim. A gente tem que caminhar muito, né?! Eu acho que o fato de *cê* já enxergar o sujeito, que *tá* na rua, como sujeito e como cidadão já é um grande passo, *né?! Mas, assim, a gente tem que caminhar bastante porque não adianta *cê* construir uma política só no papel. Na verdade, *cê* tem que sensibilizar as pessoas pra concepção que elas têm em relação àquele público. Até porque quem vem trabalhar também, *cê* tem uma concepção de sujeito, *né*, de pessoa, de sociedade, *né?! A gente não tá isento, né?! Cê num tá fora da sociedade, né?! Cê tá dentro dela, então *cê* vem com todos os seus estigmas, preconceitos, conceitos. Assim *cê* tem que trabalhar o tempo todo pra não prejudicar o seu trabalho, *né*, com o sujeito assim. (Sheila, EAS)***

Com base no que é trazido pelos participantes da pesquisa, percebemos que as políticas públicas para a população em situação de rua precisam ofertar meios para sua sobrevivência, mas muito mais

importante que isso é que os profissionais consigam estabelecer com essas pessoas uma relação horizontal e de cuidado, acreditando em sua potência de mudança e facilitando o acesso aos meios necessários para a concretização desse processo.

Sawaia (2012a) propõe como categoria de análise para a dialética inclusão/exclusão o sofrimento ético-político e justifica sua opção como forma de, sem desconsiderar a dimensão coletiva, ir além de aspectos econômicos e políticos, destacando como o sujeito é afetado. Sujeito que não pode ser responsabilizado por sua exclusão, mas é quem a sofre.

Perguntar por sofrimento e por felicidade no estudo da exclusão é superar a concepção de que a preocupação do pobre é unicamente a sobrevivência e que não tem justificativa trabalhar a emoção quando se passa fome. Epistemologicamente, significa colocar no centro das reflexões sobre exclusão a ideia de humanidade e como temática o sujeito e a maneira como se relaciona com o social (família, trabalho, lazer e sociedade), de forma que, ao falar de exclusão, fala-se de desejo, temporalidade e de afetividade, ao mesmo tempo que de poder, de economia e de direitos sociais. (SAWAIA, p.100, 2012a)

Essa perspectiva procura também responder à questão: qual o “cuidado” que o Estado oferece a seus cidadãos? Considerando que as emoções daqueles que sofrem a exclusão funcionam como “[...] indicadoras do (des)compromisso com o sofrimento do homem, tanto por parte do aparelho estatal quanto da sociedade civil e do próprio indivíduo” (SAWAIA, p.101, 2012a). Além disso, a análise da exclusão por esse viés permite relacionar à necessidade humana, além dos aspectos biológicos e das contingências, o desejo e a ética – ou seja, aquilo que verdadeiramente caracteriza o humano. Nesse sentido, a autora cita uma pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos da Exclusão/Inclusão (Nexin) da PUC/SP em que se analisa as diferentes vivências da exclusão por moradores de ruas. Segundo ela, mesmo nessa situação, não interessa a essas pessoas apenas satisfazer suas necessidades biológicas.

O sofrimento deles revela o processo de exclusão afetando o corpo e a alma, com muito sofrimento, sendo o maior deles o descrédito social, que os atormenta mais que a fome. O brado angustiante do “eu quero ser gente” [...] não é apenas o desejo de igualar-se, mas de distinguir-se e ser reconhecido. (SAWAIA, p.116, 2012a)

O enfrentamento da exclusão precisa utilizar duas estratégias conjugadas: uma delas, de responsabilidade do poder público, voltada para as questões materiais e jurídicas; e, a outra, realizada pelo psicólogo, diz respeito

à afetividade e à intersubjetividade e busca a “compreensão e apreciação do excluído na luta pela cidadania” (SAWAIA, p.116, 2012a). A união dessas estratégias agregaria harmonicamente as necessidades do corpo e da alma e, por isso, daria às políticas públicas um viés verdadeiramente humano.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não é à toa que as ações do poder público com relação à PSR estão historicamente focadas em sua retirada das ruas e no seu isolamento. A PSR é como uma ferida aberta nas cidades, escancarando as chagas da própria sociedade – fundamentada em um sistema que se estrutura de forma a não incluir todos os seus cidadãos de modo digno – e a omissão do Estado, que não oferece mecanismos de proteção social capazes de garantir aspectos essenciais para a sobrevivência dessas pessoas.

Nos últimos 30 anos, a criação de algumas leis, como a PNPR, – resultado de demandas advindas da organização da própria PSR – sinalizam a possibilidade de mudança desse cenário. No entanto, esse estudo aponta que diversas contradições na forma em que o poder público enfrenta essa questão têm impedido avanços e, muitas vezes, representado grandes retrocessos. Políticas públicas pautadas em uma lógica de inclusão e de empoderamento desses sujeitos coexistem e disputam espaço com situações de recusa de diversos serviços públicos em atender a essa população e com ações higienistas e repressivas. A própria sociedade exige do poder público esse tipo de conduta, sem se implicar com o aprofundamento da compreensão dos problemas sociais do país. Exigem uma resposta rápida, rasa e, conseqüentemente, ineficaz. Além disso, na maioria das vezes, a saída das ruas se mostra um projeto irrealizável, pois não há políticas públicas que amparem o sujeito nesse processo.

Sabemos que a resolução efetiva desse problema só poderá ser alcançada com um alinhamento conceitual da visão de todos os setores e esferas de governo e da sociedade civil organizada com a perspectiva da promoção de cidadania da PSR. Porém, a adoção de uma posição passiva, restrita a queixas, por parte dos profissionais inseridos em políticas públicas que atendem a essa população equivale à conformação com esse cenário de violação de direitos. Avanços e melhorias em nível micro, mesmo que pequenos, só são possíveis a partir da atuação de profissionais comprometidos ética e politicamente com os sujeitos que atendem.

Descortinar os aspectos que envolvem a situação de rua é quebrar paradigmas e superar preconceitos. Assim como a vida nas ruas não tem sua causa resumida apenas à extrema limitação de renda, mas origina-se a partir de um intrincado processo de exclusão que caracteriza a sociedade capitalista, também não se trata de uma simples opção.

A existência de práticas de retirada das pessoas das ruas em ações que se aproximam da internação compulsória é preocupante. Cabe ressaltar que, no entanto, a oposição à saída forçada das ruas não se relaciona à visão ingênua, demonstrada por alguns participantes, de que a situação de rua ocorra por opção do sujeito, opção com a qual o psicólogo que o atende

pode apenas se resignar. Não há dignidade na vida nas ruas! – esta deveria ser a máxima adotada por aqueles que atuam em políticas públicas voltadas para a PSR, guiando seu trabalho de forma a construir com esses sujeitos um projeto de saída das ruas.

Não que este seja um processo simples. Além da ausência de políticas públicas, a própria situação de rua traz aos profissionais da psicologia grandes desafios. Os lugares inconstantes e os territórios segregados que caracterizam a vida dessas pessoas são obstáculos na construção de vínculos sólidos necessários à intervenção, fazendo com que esse trabalho escape às características do fazer psicológico tradicional. Trata-se de um campo de atuação que instiga a construção de intervenções criativas e que superem concepções fechadas e rígidas de trabalho.

No entanto, mesmo que seja um fazer sem precedentes, não significa que ele não possa ser técnica e teoricamente bem embasado, muito pelo contrário. A estruturação do trabalho com base em um referencial teórico é essencial e confere caráter de cientificidade à prática profissional. E, nesse caso, a opção por utilizar diversas – e, muitas vezes, divergentes – abordagens teóricas, equivale a não se basear em nenhuma.

Independentemente do referencial teórico, prevalece a ideia de que a atuação do psicólogo com a PSR deve pautar-se em uma relação horizontal e de cuidado e na crença na potência de mudança dessas pessoas. Com base nisso, seu trabalho deve delinear-se no sentido de auxílio ao acesso dos meios indispensáveis à concretização de um projeto de vida fora das ruas.

REFERÊNCIAS

- AIEXE, Egídia Maria de Almeida. População em situação de rua e o direito à Cidade. **Pensar BH/Política Social**. Belo Horizonte, n.29, p.5-8, jul. 2011.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. O planejamento de pesquisas qualitativas. In: ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa qualitativa e quantitativa**. 2ed. São Paulo: Pioneira, 1999, Cap.7, p.147-178.
- BRASIL. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990, p.1-15. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=16/07/1990>>. Acesso em: 18 dez. 2013.
- BRASIL. Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 abr. 2001, p.2. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=09/04/2001>>. Acesso em: 05 jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 12 de fevereiro de 2002, estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 fev. 2002, p.22-23. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=20/02/2002&jornal=1&pagina=22&totalArquivos=56>>. Acesso em: 25 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004, Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília: MDS, 2005.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 381, de 12 dezembro de 2003, estabelece critérios e procedimentos relativos ao repasse de recursos financeiros aos Municípios, destinados à expansão dos serviços sócio-assistenciais co-financiados pelo Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, no exercício de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 dez. 2006, p.155. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/legislacao/assistenciasocial/portarias/2006/Portaria%20no%20381-%20de%2012%20de%20dezembro%20de%202006.pdf/view>>. Acesso em: 09 jul. 2012.

- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **SUAS**: configurando os eixos de mudança. Brasília: MDS, 2008a. (CapacitaSUAS, v.1).
- BRASIL. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, 2008b. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/versao_da_pnpr_para_consulta_publica.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2013.
- BRASIL. Decreto nº 7053, de 23 de dezembro de 2009, institui a Política Nacional para a PSR e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 dez. 2009a, p.16-17. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=16&data=24/12/2009>>. Acesso em: 11 jun. 2012.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**: texto da Resolução nº109, de 11 de novembro de 2009. Brasília: MDS, 2009b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. 3ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social; Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente; Conselho Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas**: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Brasília: Brasília, 2009d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**: material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ, 2010a.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 843, de 28 de dezembro de 2010, dispõe sobre o cofinanciamento federal, por meio do Piso Fixo de Média Complexidade – PFMC, dos serviços socioassistenciais ofertados pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS e pelos Centros de Referência Especializados para PSR, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 dez. 2010b, p.116-117. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/legislacao/assistenciasocial/portarias/2010/MDS%20Portaria%20no%20843%20de%2028%20de%20dezembro%20de%202010%20-Creas%20e%20Creas%20Pop-%20-%20Parte%20I.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas**: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP. Brasília: MDS, 2011a. (SUAS e a PSR, v.3).
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações sobre o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua**. Brasília: MDS, 2011b. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protacao-social-especial/populacao-de-rua/perguntas-e-respostas-centro-pop-rua.pdf>>. Acessa em: 07 ago. 2012.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 dez. 2011c, Seção 1, p. 59-61. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=30/12/2011&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=160>>. Acesso em: 03 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011, regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). **Diário Oficial da União**, Brasília, 02 mai. 2011d, Seção 1, p. 58-60. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=02/05/2011&jornal=1&pagina=58&totalArquivos=204>>. Acesso em: 02 maio 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3e_120612.pdf>. Acesso em: 02 maio 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 jan. 2012c, p.46. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=46&data=26/01/2012>>. Acesso em: 25 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Serviço Especializado em Abordagem Social**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, s.d. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaoespecial/mediacomplexidade/perguntas-e-respostas/arquivos/servico-especializado-em-abordagem-social.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2013.
- BURSZTYN, Marcel. Introdução. In: BURSZTYN, Marcel (Org.). **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003a. p.19-26.
- BURSZTYN, Marcel. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua. In: BURSZTYN, Marcel (Org.). **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003b. Cap. 1, p.27-55.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília: CFP, 2011. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Metodologia do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop)**. Brasília: CFP, 2012. Disponível em: <<http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2012/01/Reestrutura%C3%A7%C3%A3o-Metodologia-Reuni%C3%A3o-com-CAPA.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2013.
- FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise do conteúdo**. Brasília: Liber Livro, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Senso Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2012.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte: SES, 2006. Disponível em: <http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_saude_mental.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. Pesquisa sobre as Condições Socioeconômicas, Políticas e Culturais da população em situação de rua de Minas Gerais. In: **SEMINÁRIO POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**, 2, 2012, Belo Horizonte. Belo Horizonte: SEDESE, 2012a. CD-ROM.
- MINAS GERAIS. **Aliança pela Vida**. Governo de Minas Gerais, 2012b. Disponível em: <<http://www.mg.gov.br/governomg/portal/c/governomg/516050-alianca-pela-vida/0/5315?termo=alian%C3%A7a+pela+vida&termos=s>>. Acesso em: 06 ago. 2012.
- NOGUEIRA, Maria Silvia Gomes. **Tecendo fios entre o discurso e a prática: o significado de ONG para os seus profissionais**. 2005. 242f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, São Paulo. Disponível em: <http://www.sapiencia.pucsp.br/tde_arquivos/25/TDE-2005-10-11T15:27:16Z-1460/Publico/MariaSilviaGomesNogueira.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2013.
- SAWAIA, Bader. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, Bader (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2012a. p.99-119.
- SAWAIA, Bader. Introdução: exclusão ou inclusão perversa?. In: SAWAIA, Bader (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2012b. p.7-13.
- SILVA, Juremir Machado da. Inter, multi ou transdisciplinaridade: uma questão de comunicação. In: AUDY, Jorge Luis Nicolas; MOROSINI, Marília Costa (Org.). **Inovação e Interdisciplinaridade na Universidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. p.32-34. Disponível em: <books.google.com.br/books?isbn=8574306770>. Acesso em: 02 jun. 2014.
- SPOSATI, Aldaíza. **Exclusão social abaixo da linha do Equador**. 1998. Trabalho apresentado no Seminário Exclusão Social, promovido pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em 23 de abril de 1998.

Disponível em: <<http://www.dpi.inpe.br/geopro/exclusao/exclusao.pdf>>.
Acesso em: 05 fev. 2013.

- YAZBEK, Maria Carmelita. Sistema de proteção social brasileiro: modelo, dilemas e desafios. In: Seminário Internacional do BPC, 2010, Brasília-DF. **Apresentações**. MDS, 2010. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/eventos/assistencia-social/seminario-internacional-bpc/sobre-o-evento/apresentacoes/arquivos/Maria%20Carmelita%20Yazbek%20-%20Protecao%20Social.pdf>>.
Acesso em: 5 abr. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – LEVANTAMENTO DOS MARCOS LÓGICOS E LEGAIS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

1. Marcos lógicos

NORMATIVAS INTERNACIONAIS		
Publicação/origem	Ano	Ementa
Declaração Universal dos Direitos Humanos	1948	Lista os direitos e deveres fundamentais de todo ser humano.
Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem	1948	Cita os direitos essenciais do homem, que os Estados americanos devem reconhecer.
Convenção Americana sobre Direitos Humanos – Pacto de San José da Costa Rica	1969	Cita os deveres dos Estados e os direitos protegidos.
Declaração de Viena e Programa de Ação	1993	Reafirma o empenho de todos os Estados em cumprirem as suas obrigações no tocante à promoção do respeito universal, da observância e da proteção de todos os direitos do homem e liberdades fundamentais para todos, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, com outros instrumentos relacionados com os Direitos do homem e com o direito internacional.
Protocolo de San Salvador	1998	Protocolo Adicional à Convenção Interamericana Sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

MARCOS NACIONAIS		
Publicação/origem	Ano	Ementa
Política Nacional de Assistência Social - PNAS	2005	A PNAS reconhece a atenção à PSR no âmbito do SUAS.
Política Nacional Para Inclusão Social da População em Situação de Rua	2008	Esse Documento apresenta a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua como forma de orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas a esse segmento da sociedade, historicamente à margem das prioridades dos poderes públicos.

MARCOS NACIONAIS		
Publicação/origem	Ano	Ementa
Programa Nacional de Direitos Humanos III	2009	Atualização do Programa Nacional de Direitos Humanos I e II. O PNDH III deixa de circunscrever as ações propostas a objetivos de curto, médio e longo prazo, e passa a ser implementado por meio de planos de ação anuais, os quais definirão as medidas a serem adotadas, os recursos orçamentários destinados a financiá-las e os órgãos responsáveis por sua execução.
Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD)	2009	Define como ação para viabilizar a ampliação do acesso ao tratamento para usuário de álcool e outras drogas o fortalecimento e a expansão de experiências de intervenção comunitária, como consultórios de rua e outros (articuladas à atenção básica e visando à inclusão social).
PLANSEQ - Próximo Passo	2010	O PLANSEQ é o Plano Setorial de Qualificação Profissional para os Beneficiários do Programa Bolsa Família.
Plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua	2012	Apresenta ações e estratégias que orientarão a intervenção do Sistema Único de Saúde (SUS) no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR.

2. Marcos legais

Tipo	Ident.	Data	Órgão	Ementa
Constituição Federal do Brasil		05/10/88	Assembleia Nacional Constituinte	Conjunto de normas, regras e princípios supremos do ordenamento jurídico do país.
Lei	11.258	30/12/05	PR	Inclui, no parágrafo único do Artigo 23 da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, a prerrogativa de que, na organização dos serviços da Assistência Social, deverão ser criados programas destinados às pessoas em situação de rua.

Tipo	Ident.	Data	Órgão	Ementa
Decreto	s/n	25/10/06	MDS	Institui o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), coordenado pelo MDS, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da PSR.
Resolução	109	11/11/09	CNAS	Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Documento que tipifica os serviços socioassistenciais em âmbito nacional, dentre os quais os serviços destinados ao atendimento à PSR na Proteção Social Especial – PSE: Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua; Serviço de Acolhimento Institucional (que incluem adultos e famílias em situação de rua) e Serviço de Acolhimento em República (que inclui adultos em processo de saída das ruas).
Decreto	7.053	23/12/09	PR	Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e o seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento.
Portaria	3305	24/12/09	MS	Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua.

Tipo	Ident.	Data	Órgão	Ementa
Decreto	7.191	20/05/10	PR	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Tem como um de seus objetivos estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre eles a PSR.
Resolução da Comissão Intergestores Tripartite	07	07/06/10	MDS	Pactua critérios de partilha de recursos do cofinanciamento federal para a Expansão dos Serviços Socioassistenciais 2010, com recursos advindos do Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras Drogas (Decreto 7179, de 20 de maio de 2010).
Portaria	414	18/08/10	MC	Altera o subitem 4.2.2, do Anexo da Portaria nº 140, de 5 de abril de 2010, do Ministério das Cidades.
Instrução Operacional conjunta	07	22/11/10	SNAS/ SENARC	Reúne orientações aos municípios e Distrito Federal para a inclusão de Pessoas em Situação de Rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CADUNICO).

Tipo	Ident.	Data	Órgão	Ementa
Portaria	843	28/12/10	MDS	Dispõe sobre o cofinanciamento federal, por meio do Piso Fixo de Média Complexidade – PFMC, dos serviços socioassistenciais ofertados pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS e pelos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua, e dá outras providências.
Portaria	122	25/01/11	MS	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
Portaria	2488	21/10/11	MS	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde(PACS).
Portaria	53	21/12/11	SENASP/MJ	Institui grupo de trabalho para tratar da capacitação de profissionais e gestores de segurança pública para atuação relacionada às pessoas em situação de rua.

Tipo	Ident.	Data	Órgão	Ementa
Portaria	121	25/01/12	MS	Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
Portaria	123	25/01/12	MS	Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.

APÊNDICE B – MUNICÍPIOS MAPEADOS

Subsede	Município	Número de habitantes
Central	Belo Horizonte	2.375.151
	Contagem	603.442
	Betim	378.089
	Ribeirão das Neves	296.317
	Sete Lagoas	214.152
	Santa Luzia	202.942
	Ibirité	158.954
	Sabará	126.269
	Conselheiro Lafaiete	116.512
	Vespasiano	104.527
Centro-oeste	Divinópolis	213.016
	Passos	106.290
Leste	Governador Valadares	263.689
	Ipatinga	239.468
	Teófilo Otoni	134.745
	Itabira	109.783
	Coronel Fabriciano	103.694
Norte	Montes Claros	361.915
Sudeste	Juiz de Fora	516.247
	Barbacena	126.284
	Ubá	101.519
	Muriaé	100.765
Sul	Poços de Caldas	152.435
	Pouso Alegre	130.615
	Varginha	123.081
Triângulo	Uberlândia	604.013
	Uberaba	295.988
	Patos de Minas	138.710
	Araguari	109.801

Fonte: Crepop/CRP-MG.

APÊNDICE C – IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES E RESPECTIVOS GRUPOS

Nome	Grupo	Profissão	Serviço
Aline	GP	Psicóloga	CAPSad
André	GP	Psicólogo	Abrigo Institucional e Casa de Passagem
Camila	GS	Assistente Social	Consultório de Rua
Celina	GP	Psicóloga	Centro POP; serviço de abordagem social; Albergue e Casa de Apoio
Clara	GP	Psicóloga	CREAS/Serviço Especializado de Abordagem Social
Cléber	GS	Psicólogo	Consultório de Rua
Conrado	GI	Psicólogo	CREAS/Serviço Especializado de Abordagem Social
Consuelo	ES	Psicóloga	Consultório de Rua
Denise	GI	Assistente Social	CAPSad;
Diana	GS	Redutora de Danos	Consultório de Rua
Elizete	GS	Assistente Social	Consultório de Rua
Fabíola	GS	Assistente Social	CAPSad
Fabricia	GS	Psicóloga	CAPSad
Felipa	GI	Pedagoga	Centro POP
Janete	GI	Assistente Social	Centro POP
Joana	GI	Técnica de Enfermagem	CAPSad
Jorge	GI	Psicólogo	CAPSad
Jurema	GS	Técnica de Enfermagem	Consultório de Rua
Kátia	GP	Psicóloga	CREAS
Laura	GS	Psicóloga	CAPSad
Lilian	GS	Psicóloga	Consultório de Rua
Lorena	GS	Terapeuta Ocupacional	CAPSad
Lourdes	GS	Psicóloga	Consultório de Rua
Margarida	GI	Assistente Social	CAPSad
Mariana	GP	Psicóloga	Centro POP e voluntária de um serviço de abordagem social (terceiro setor)

Nome	Grupo	Profissão	Serviço
Marla	GS	Psicóloga	Consultório de Rua
Milton	GS	Psicólogo	CAPSad
Nádia	GP	Psicóloga	Serviço Especializado de Abordagem de Rua
Nina	GI	Assistente Social	CREAS/Serviço Especializado de Abordagem Social
Nora	GI	Psicóloga	Centro POP
Pedro	GP	Psicólogo	CAPSad
Poliana	GP	Psicóloga	Abrigo
Rebeca	GP	Psicóloga	CAPSad e do CREAS
Rita	GS	Terapeuta Ocupacional	CAPSad
Roberta	GI/ ETS	Psicóloga	Serviço de abordagem social (terceiro setor)
Ronaldo	GS	Redutor de Danos	Consultório de Rua
Sheila	GI/ EAS	Psicóloga	Centro POP
Vitória	GI	Psicóloga	CREAS/Serviço Especializado de Abordagem Social

Fonte: Crepop/CRP-MG.

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PSICÓLOGO

1. Como você avalia a política para a PSR? Quais as alterações necessárias?
2. Como essa política tem influenciado o seu trabalho?
3. Qual o rol de atividades desenvolvidas no serviço?
4. Quais são as específicas para a PSR?
5. Existem ações específicas do psicólogo?
6. Quais as condições para desenvolver essas atividades?
7. Como são planejadas as suas atividades? Em equipe? Qual a sua participação nesse planejamento?
8. Com que autonomia você desenvolve essas atividades?
9. Quais os recursos técnicos da psicologia são utilizados?
10. Quais as teorias e os conceitos que mais influenciam a atuação dos psicólogos para a atenção específica à PSR?
11. Quais são os principais problemas vividos na sua atuação junto a essa população?
12. No seu trabalho com essa população, há uma rede de referência? Ela atende a que tipo de necessidade? Como você acessa essa rede?
13. Quais profissionais formam a sua equipe?
14. Existem atividades desenvolvidas em equipe?
15. Como a Psicologia dialoga com as outras áreas?
16. Como avalia a atuação interdisciplinar?
17. Quais as implicações éticas mais importantes para a atuação dos psicólogos?
18. Os psicólogos têm conseguido espaço para criar novas ações dentro do programa/serviço? Quais?
19. Você identifica alguma prática que considere inovadora?

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA GRUPO DE PSICÓLOGOS

1. Como vocês avaliam a política para a PSR? Quais alterações gostariam de fazer nessa política?
2. Qual a influência desta política no trabalho realizado?
3. Nos municípios onde trabalham, há espaço para a criação de novos programas? Já aconteceu?
4. Quais são as atividades desenvolvidas? Estas são específicas do psicólogo?
5. Quais recursos técnicos da psicologia são utilizados?
6. Quais as teorias e os conceitos que mais influenciam a atuação dos psicólogos nas políticas para a PSR?
7. Como funciona a rede de referência?
8. Como avaliam esse campo de atuação?
9. Vocês identificam práticas inovadoras?
10. Quais as implicações éticas mais importantes para a atuação dos psicólogos?
11. Como é percebida a atuação em equipe? Como são planejadas as suas atividades?

APÊNDICE F – ROTEIRO PARA GRUPO MULTIPROFISSIONAL

1. Como vocês avaliam a Política Nacional para a População em Situação de Rua?
2. Há alterações que o grupo considera necessárias nesta política? Quais?
3. Quais os serviços e/ou atividades desempenhadas pela equipe na qual trabalham?
4. Essa equipe tem conseguido espaço para criar novas ações dentro do programa/serviço? Quais?
5. Quais profissionais compõem a equipe?
6. Como é organizado o trabalho em equipe? Expliquem a divisão do trabalho. O que é feito em conjunto?
7. Como avaliam a atuação em equipe multidisciplinar? Avalie a interação entre profissionais de diferentes categorias.







CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-98515-13-7



9 788598 515137