

A Atuação do profissional Psicólogo no Consultório de Rua The Psychologist Professional Practice in Street office

Karine Belló Ferraz ¹
Leonardy Negrini ²

Resumo: Esse Trabalho realiza uma discussão sobre a atuação do profissional psicólogo junto ao Consultório de Rua (CR). Seu objetivo consiste em discutir a atuação do psicólogo no Consultório de Rua enquanto prática de saúde que se propõe a atuar em contextos de risco psicossocial e abuso de drogas entre aqueles que na rua estão. Em uma busca realizada no Scielo – Scientific Electronic Library Online (Biblioteca eletrônica científica online), ao procurar por “consultório de rua”, “consultoria na rua”, “Psicologia e redução de danos”, ou ainda “Psicologia e Consultório de Rua”, foram encontradas poucas publicações, confirmando a pouca divulgação do assunto, que e em comparação a artigos publicados sobre o “SUS”, encontra-se **37.271 artigos publicados, neste dia - dois de junho de 2014, sendo que há articulação do consultório de rua com o SUS**. Este assunto despertou o anseio em aprofundar estudos em um projeto ao qual não retira os moradores de onde eles estão, mas respeitando suas escolhas, intervém, previne e promove saúde. Para a análise realizada, optou-se por uma pesquisa bibliográfica e documental, de forma qualitativa. Quais as ideias norteadoras do Consultório de Rua, seu surgimento, sua ligação com as Redes de Saúde Pública e sua a prática são aqui abordados, com foco na atuação do profissional psicólogo direcionado à população em situação de rua.

Palavras-chave: 1. Consultório de Rua. 2. Política Pública. 2. Drogas – Consumo. 3. Psicologia em sua atuação.

Abstract: This work makes a discussion of the performance of the professional psychologist with the Street Surgery (CR). Your goal is to discuss the role of the psychologist in Street 's office while health practice that proposes to act in psychosocial risk contexts and drug abuse among those who are on the street . In a search on SciELO - Scientific Electronic Library Online (Scientific Electronic Library Online), when searching for "street office ", " consulting on the street ", " Psychology and harm reduction", or " Psychology and Street Office ", few publications were found, confirming the little disclosure of the matter, which is compared to published articles on the "SUS ", is 37 271 published articles on this day - June 2, 2014 , and there are joint street office with SUS. This subject aroused the desire to deepen studies on a project that does not take away the inhabitants of where they are, but respecting their choices, intervenes, prevents disease and promotes health. For the analysis, we opted for a bibliographic and documentary research , qualitative. What are the guiding ideas of the Street Office, its appearance, its link with the Public Health Network and its practice are addressed here, focusing on the professional practice psychologist directed to the people in the streets.

Keywords: 1. Office Street. 2. Public Policy. 2. Drugs - Consumption. 3. Psychology in its operations.

Introdução

A exclusão Social, derivada do Sistema Capitalista em que vivemos, contribuiu para que houvesse um aumento considerável de pessoas que passam a viver em situação de rua e conseqüentemente, em sua maioria, se tornarem usuários de drogas, distanciando-as ainda do acesso às redes de saúde e a parte consumista ativa da sociedade.

O crescimento urbano, decorrente da implantação das grandes indústrias e da expansão do comércio, traz com ele conseqüências, por vezes maléficas, para o desenvolvimento de uma parte da população que não tem acesso aos meios de produção de bens e serviços, especialmente, pela falta de emprego e de acesso qualificado à educação, saúde e moradia (CASTEL, 1997 apud FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011, p. 17).

Neste cenário de alta vulnerabilidade, pessoas em situação de rua são expostas, cotidianamente, a diversos fatores de risco pessoal e social, tornando-se mais vulneráveis à violência e ao consumo de drogas, que de fato, é uma dos assuntos que tem ganhado espaço nas discussões sobre prevenção e promoção de saúde.

A expansão do consumo de substâncias psicoativas tem preocupado diferentes setores governamentais e a sociedade civil, e isto tem incentivado a busca por novas estratégias e intervenções referentes à prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução de danos sociais e à saúde. A princípio o que se pensava eram políticas reducionistas, unilaterais e proibicionistas. Entretanto, conforme o significativo crescimento de usuários de drogas e pessoas em situações de rua, pode-se notar que métodos proibicionistas não seriam a melhor possibilidade para mudar este quadro.

O baixo número de procura e de acesso às redes públicas, principalmente pela população usuária de álcool e outras drogas, em situação de extrema vulnerabilidade e riscos, justifica o fato de pensar em intervenções biopsicossociais mais efetivas e integradas *in loco* (PLENA et. al., 2010), ou seja, ir ao encontro da pessoa que precisa destes serviços.

A partir deste distanciamento entre pessoas em situação de rua e as redes de saúde pública, que começou a se pensar em um projeto de política pública que pudesse alcançar esse público.

O Consultório de Rua é uma iniciativa de atenção à saúde de pessoas que vivem em situação de rua, expostas ao uso de substâncias psicoativas. Essa é a premissa básica do trabalho e surge da constatação das dificuldades de acesso aos serviços de saúde e assistência social por parte dessa população, que inclui desde crianças e adolescentes a adultos

e idosos. Outro aspecto que corrobora essa premissa é a comprovação dos riscos sociais e à saúde decorrente do uso diversificado de drogas, fato marcante entre a população em situação de rua. Tais aspectos ganham ainda maior relevância caso coloquemos em pauta a questão da invisibilidade social relacionada à população em situação de rua. (FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011, p. 14).

O Consultório de Rua é, portanto, um projeto que tem um olhar diferenciado, que pretende ir além dos estigmas, e reconhecer cada pessoa a ser atendida, em sua particularidade. E se tratando de uma equipe multiprofissional, torna-se possível intervir, prevenir e promover saúde através de diversos olhares sobre o ser.

Isso quer dizer que a atuação da equipe, constituída por uma variedade de profissionais como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e educadores sociais, está alicerçada na integração dos distintos saberes, a fim de responder tanto pelos objetivos do Consultório de Rua como também pelos desafios e impasses provocados por uma prática tão específica quanto é a do atendimento no contexto de rua. (FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011, p. 41).

O psicólogo, como integrante da equipe, oferece não somente a escuta, atuação peculiar de sua profissão, mas também acolhe e trabalha em união com outros profissionais até mesmo na manutenção da saúde física do mesmo.

Tendo como a sua base de trabalho a escuta qualificada, a sua intervenção visa favorecer o reconhecimento do próprio indivíduo quanto aos fatores de risco e de proteção a que cada um possa estar sujeito, seja no que tange o uso de substâncias psicoativas, seja em relação à situação de rua. (FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011, p. 64).

Para Filho, Valério, Monteiro (2012), cada pessoa que está em situação de rua tem histórias, motivos para estarem naquele lugar, daquela forma. O profissional psicólogo se faz presente levando em conta a singularidade de cada um, respeitando suas escolhas e ainda intervindo e auxiliando na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

1. O Consultório de Rua

A sistematização e métodos organizacionais de evolução no capitalismo globalizado influenciaram mudanças no modo de viver da sociedade. Podemos perceber cada vez mais pessoas sendo consideradas incapazes ou ainda inutilizadas pela sociedade.

Uma das conseqüências mais nefastas do novo capitalismo é a exclusão, provocada pelo desemprego em massa. Uma considerável parcela da população, a cada dia se vê, inesperadamente, sem condições de colocação no mercado de trabalho, e sem nenhuma possibilidade de

assegurar as condições mínimas de uma vida digna. (PLENA et. al., 2010, p. 6).

A partir disto, as populações em situações de rua vêm mudando e aumentando; antes a população em situação de rua era composta por hippies e usuários de hospitais psiquiátricos, atualmente, possui uma prevalência de desempregados e adultos desocupados em busca de sanar algo que procuram e que encontram com facilidade na rua. [...] *E viver na rua passa a ser condição para a continuidade do consumo, visto a desagregação familiar e social que já ocorreu, como resultante do fato em si.* [...] (PLENA et. al., 2010, p. 6).

Por muito tempo as entidades políticas, responsáveis pela diminuição do abuso de drogas psicotrópicas, buscaram formas reducionistas, unilaterais e proibicionistas como a chave para a diminuição do consumo de drogas, entretanto, decorrente da dimensão do consumo, estas mesmas entidades políticas precisaram buscar novos caminhos a seguir, colocando em debate questões fundamentais, como:

[...] liberdade de escolha, responsabilidade individual, familiar e social, direito do usuário à universalidade e integralidade de ações e dever do Estado de criar condições para o exercício do autocuidado, redes sociais de apoio e sua conexão com as redes informais dos usuários, bem como outros [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003 apud PLENA et. al., 2010, p 7).

A partir disto, [...] *as estratégias individuais e coletivas de redução de danos e de riscos sociais e à saúde passam a fazer parte do repertório das políticas públicas, em especial da saúde.* [...] (PLENA et. al., 2010, p. 7).

Desde então as ações de redução de danos são admitidas como relevantes intervenções de saúde pública. Decorrente das mudanças sociais, dos focos aos usuários de drogas e pessoas em situações de rua, foi proposto o Consultório de Rua, sendo ele um redutor de danos. E pensando na formação da equipe multiprofissional do Consultório de Rua (CR), podemos citar o profissional psicólogo interligado à saúde pública, como parte integrante desta equipe técnica.

Os Consultórios de Rua são considerados uma modalidade diferente de atendimento, ou seja, um atendimento extramuros destinado aos usuários de drogas que vivem em condições de vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde. É como se o CR estivesse focado àqueles que estão excluídos

socialmente, e que não moram necessariamente na rua, mas que permanecem na mesma a sua maior parte do tempo.

Neste conjunto de pessoas em situação de rua há diversos usuários de substâncias psicoativas, ocupando o espaço público como uma forma de habitar um mundo mais próximo da sociabilidade em torno do consumo de drogas. (PLENA et. al., 2010).

O termo “droga” é muito discutido e definido de diferentes formas por vários autores. De acordo com a [Secretaria Nacional Antidrogas](#) - SENAD (2004)

Drogas são substâncias que produzem mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional das pessoas. As alterações causadas por essas substâncias variam de acordo com as características da pessoa que as usa, da droga escolhida, da quantidade, frequência, expectativas e circunstâncias em que é consumida. Essa definição inclui os produtos ilegais, que chamamos de drogas (cocaína, maconha, ecstasy, heroína), mas também produtos como bebidas alcoólicas, cigarros e vários remédios. (BRASIL, 2004, p. 6).

Em relação ao abuso de drogas em nosso país, Moreira, Silveira e Andreoli (2006) afirmam que há duas formas de enfrentar esta questão.

O enfrentamento deste problema tem pelo menos duas vertentes [...]. Tradicionalmente a postura adotada é a de guerra às drogas, a qual prega a erradicação do uso, utilizando técnicas de divulgação que privilegiam informações sobre danos à saúde e o amedrontamento [...]. Estudos de avaliação têm mostrado, entretanto, que tais técnicas não são eficazes. Uma alternativa tem sido a postura de redução de danos, com objetivo de não eliminar o comportamento aditivo, mas melhorar o bem-estar físico e social dos dependentes. (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006, p. 811).

A redução de danos tem sido considerada um novo protótipo de abordagem na investigação do abuso de drogas, sendo que o foco das ações preventivas está ligado à qualidade de vida e não ao abuso da droga em si. (Moreira e Andreoli, 2006 *apud* MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006). [...] *As informações divulgadas se concentram menos nos perigos e mais na equação do uso racional, responsável e nas vantagens de um estilo de vida sem elas.* [...] (Soares e Jacobi, 2000 *apud* MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006, p. 811).

A questão do consumo exacerbado de substâncias psicotrópicas têm preocupado diversos setores do governo e da sociedade para a criação de táticas e intervenções com vistas à prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução de danos sociais e à saúde (PLENA et. al., 2010), e um dos principais fatores da

vulnerabilidade dos moradores de rua parte do princípio de que os mesmos, em sua maioria, usam ou já usaram algum tipo de droga.

O consumo de drogas entre pessoas em situação de rua contribui para o aumento da vulnerabilidade destes. Para lidar com estas situações, o Ministério da Saúde propôs a criação do Consultório de Rua. Assim, esta é uma estratégia para intervenção junto aos usuários de drogas em situação de rua, baseada na perspectiva de redução de danos. (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012, p. 39).

Segundo Plena et. al. (2010), o CR tem o intuito de diminuir o consumo nocivo de álcool e drogas em pessoas consideradas em situação de rua, trazendo assistências por meio de prevenções e cuidados primários no espaço da rua; logo, o CR foi criado pelo próprio Ministério da Saúde, sendo considerado um dispositivo público, componente da rede de atenção substitutiva em saúde mental.

[...] O Consultório de Rua tem como princípios norteadores o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade. Deve ainda estar alinhado às diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, da Política Nacional de DST/AIDS, da Política de Humanização e da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Sua característica mais importante é oferecer cuidados no próprio espaço da rua, preservando o respeito ao contexto sócio-cultural da população. [...] (PLENA et. al., 2010, p. 4-5).

O ritmo acelerado e tecnológico que o capitalismo vem apresentando acabou provocando o surgimento de uma nova forma da sociedade se organizar, causando mudanças profundas, até mesmo nas relações sociais. (Bauman, 1999 *apud* PLENA et. al., 2010). O rebaixamento social causado decorrente das novas formas de produção econômica alterou o perfil das populações de rua. (PLENA et. al., 2010)

[...] No conjunto dos moradores de rua insere-se [...] usuários de substâncias psicoativas, que ocupam o espaço público como uma forma de habitar o universo mais próximo da rede de sociabilidade em torno do consumo de drogas. Muitos não foram para a rua com o propósito de usar, mas, estando no contexto da rua, passam a utilizar drogas como meio de inserção no grupo de rua. [...] (PLENA et. al., 2010, p. 6).

A vulnerabilidade se faz presente a estas pessoas que estão em situação de rua, independente do motivo ou do tempo em que estão nas ruas, acaba se fragilizando questões ligadas à saúde, na prevenção e promoção.

O Ministério da Saúde, em conjunto com outras políticas sociais, por meio das ações previstas no Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas (PIEC/2010, Decreto nº 7.179, 20 de maio de 2010),

busca intervir nas causas e efeitos do consumo de álcool e outras drogas, oferecendo cuidados de atenção com base na perspectiva da redução de danos sociais e à saúde. Investimentos e estímulos às estratégias de redução de danos nos cuidados integrais voltados para o uso abusivo de álcool e outras drogas foram oferecidos, como os Projetos de Consultórios de Rua do SUS. (PLENA et. al., 2010, p. 8).

Percebe-se que o principal motivo encontrado para justificar a permanência de pessoas nas ruas, e utilizarem as ruas como moradia ou estadia, é o consumo de drogas. [...] *É muito importante observar, no entanto, que nosso uso de drogas, mesmo que discreto no cenário internacional está associado a um número elevado de problemas, principalmente associados à violência, acidentes e AIDS.* (SENAD, 2005, p. 9).

Sabemos que na sociedade em que vivemos, estamos ligados diretamente a produção e ao consumo, e aqueles que ficam à margem deste ciclo do capitalismo, acabam por perder um pouco da importância para o crescimento financeiro de um determinado contexto, tornando-se, possivelmente, algo negativo. Na verdade, essas pessoas que não produzem e consomem, acabam vivendo à margem da sociedade, e na maioria das vezes, estigmatizadas, [...] *são invisíveis para a sociedade e sabem disso; por isso, procuram pertencer a algo, buscam aceitação, ainda que essa valorização venha daqueles que se encontram no espaço de rua.* (PLENA et. al., 2010, p. 19).

1.1. Surgimento do CR

De acordo com Plena et. al. (2010), o Consultório de Rua é uma experiência recente, que ganhou espaço junto às políticas públicas de saúde, há menos de 15 anos.

Se retornarmos ao final da década de 90, podemos ver que em 1997, o professor Antônio Nery Filho, coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - CETAD da Universidade Federal da Bahia (UFBA), realizou uma pesquisa etnográfica sobre [...] *meninos e meninas em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas na cidade de Salvador/Bahia e percebeu que estes jovens pouco chegavam ao CETAD [...]* (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2011, p. 40) e quando chegavam para se tratarem, dificilmente davam continuidade ao tratamento. (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2011).

Em 1998, em uma das *reuniões das quartas-feiras*, Oliveira (2009) conta que teve conhecimento do *Projeto Consultório de Rua – Atendimento móvel para*

meninos e meninas usuários de substâncias psicoativas em situação de risco pessoal e social na cidade de Salvador - BA, elaborado pelo coordenador do Centro, pensando em alcançar com maior êxito estes jovens em situação de rua que pouco procuravam ajuda no CETAD. (OLIVEIRA, 2009).

O mesmo autor, Oliveira (2009), afirmou que mesmo quando já se pensava no Consultório de Rua, ainda que não implantado, algumas entidades buscavam meios de sanar questões relacionadas a crianças que viviam em situação de rua, e a partir de então, surge uma articulação entre a problemática das crianças em situação de rua e o Consultório de Rua.

[...] a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (SETRADS) da Prefeitura Municipal de Salvador (PMS) buscava solução para o problema das crianças em situação de rua que perambulavam pelo Centro Histórico, em permanente e intenso uso de drogas. Na ocasião, políticos e autoridades recebiam a pressão dos comerciantes do Pelourinho que se queixavam da evasão dos turistas, constantemente molestados por essas crianças. Os técnicos da SETRADS, sensibilizados pela situação vivenciada pelas crianças, discutiam os meios de solucionar o problema da forma mais adequada às suas características e necessidades, de maneira que essa intervenção pudesse ter uma consequência mais efetiva do que, simplesmente, retirá-las compulsoriamente da rua. Nessa ocasião, apresentei à equipe da SETRADS o Consultório de Rua como um recurso técnico para fornecer cuidados a esse segmento da população. [...] (OLIVEIRA, 2009, p. 25-26).

Como a questão das crianças em situação de rua era algo emergencial, um pouco antes desta articulação acontecer, foi montado um projeto a fim de oferecer a essas crianças alimentação, hospedagem, além de atividades lúdico-pedagógicas, ao invés de permanecerem nas ruas. Esse projeto recebeu o nome de “Projeto Nossos Filhos”, realizado em um espaço cedido nas instalações da Igreja do São Francisco, no Pelourinho. Enquanto as crianças permaneciam neste ambiente, fora das ruas, a equipe de técnicos da oficina entrava em contato com os familiares das crianças para viabilizar o retorno destas às suas casas. Em 1999 foi firmado um convênio entre a Secretaria Municipal do Trabalho e Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de Salvador (SETRADS/PMS) e o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA) que, ao disponibilizar recursos financeiros, permitiu colocar em prática, pela primeira vez, o CR (OLIVEIRA, 2009), permitindo que acontecessem as ações de atendimento não somente às crianças e adolescentes, usuárias de drogas e em situação de risco, do Pelourinho, mas também em mais três áreas da cidade onde havia concentração de

grupos de jovens nas mesmas condições. (OLIVEIRA, 2009). Em resumo, conforme Plena (2009),

[...] O Consultório de Rua surgiu no início de 1999, em Salvador, na Bahia, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, instituição criada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O projeto foi idealizado pelo Prof. Antônio Nery Filho no início dos anos noventa, como uma resposta ao problema das crianças em situação de rua e uso de drogas. (PLENA et. al., 2010, p. 8).

Ou seja, em 1999, finalmente o projeto foi realmente concretizado através de uma parceria com a Prefeitura Municipal de Salvador. Oliveira (2009) afirma que essa experiência, que durou oito anos, só foi possível decorrente do apoio de algumas instâncias governamentais, através de um investimento financeiro, envolvendo o Ministério da Saúde, Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD), Secretaria de Combate à Pobreza e Secretaria do Trabalho e Ação Social do Governo do Estado da Bahia.

Cinco anos após o lançamento do projeto, o Consultório de Rua foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Salvador, permanecendo até dezembro de 2006. Tanto o CETAD - de natureza ambulatorial, quanto o CAPS AD - caracterizado como um espaço de permanência diária, articularam com o Consultório de Rua na arquitetura da rede institucional de serviços para usuários de álcool e outras drogas. E a partir desta articulação foi possível notar que o fluxo de encaminhamentos e a inserção na rede dos usuários aumentaram, sendo um ponto positivo a ressaltar. (PLENA et. al., 2010).

Sendo o primeiro Consultório de Rua de Salvador, uma experiência nova para todos envolvidos, seguiram as premissas do seu projeto original, e só no decorrer da prática que o CR foi se ajustando conforme as necessidades que encontravam, entretanto sem perder sua essência inicial. (Ibid. 2010).

Começava aí, para todos nós que participamos dessa experiência, um grande desafio. O Consultório de Rua suscitava em todos os profissionais da equipe um permanente questionamento sobre o nosso “fazer”. No início, fomos descobrindo “como fazer, fazendo”, tal o inusitado da proposta. Se, tradicionalmente, a clínica das toxicomanias já nos remete a uma busca constante de estratégias e formas de trabalhar as dificuldades freqüentes no manejo do tratamento, o atendimento fora dos muros institucionais convocava ainda mais a nossa criatividade. (OLIVEIRA, 2009, p. 27).

As singularidades encontradas na prática permitiram que a equipe encontrasse uma forma cada vez melhor de operar, melhorando o atendimento às demandas e necessidades dos usuários. Por isto, a própria equipe sofreu alterações, até alcançar um conjunto de categorias profissionais que permitisse mais resolutividade das demandas e maior conforto para a própria equipe em seu modo de atuar. (PLENA et. al., 2010)

A partir de uma avaliação da experiência que tiveram no período de 1999 até 2006, puderam todos os envolvidos (direta ou indiretamente) perceber quão interessante seria ter o CR como uma alternativa para alcançar aqueles que estavam em situação de grave vulnerabilidade social e que quase não tinham acesso às redes de saúde existentes por algum motivo específico. (PLENA et. al., 2010).

Deste modo, em 2009 o Ministério da Saúde propõe o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde- PEAD, sendo incluída também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas através de ações de rua. (Ibid. 2010, p. 9).

Podemos notar que a ideia de CR iniciou-se em Salvador – BA, entre os anos de 1999 e 2006, e com o êxito que este projeto alcançou, o CR se expandiu para vários outros lugares a partir de 2009, conforme Plena et. al. (2010) afirma, e isso se confirma a partir do *Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua*. (TRINO; RODRIGUES, 2012, p. 13). Essa política prevê como princípios, [...] *além da igualdade, equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universalizado, o respeito às condições sociais [...]* (TRINO; RODRIGUES, 2012, p. 14).

1.2. A prática do CR

A rotina de trabalho do Consultório de Rua divide-se dois momentos: as atividades realizadas no local escolhido para abordagem, e as atividades além do campo de atuação, ligadas aos contatos com a rede de saúde e articulações

interinstitucionais, o acompanhamento de usuários quando necessário, a discussão clínica dos casos atendidos e a confecção de relatórios que evidenciem a realidade encontrada. (PLENA et. al., 2010).

Além das rotinas diárias, se faz necessária uma reunião antes da ida a campo, principalmente com os técnicos da equipe da área a ser atendida no dia. [...] Neste momento a equipe define quais as melhores estratégias de abordagem, um planejamento das atividades a serem realizadas no dia, configurando um processo permanente de avaliação do processo de trabalho da área. [...] (PLENA et. al., 2010, p. 15). Há também a preparação do carro e dos materiais necessários para realizar as atividades planejadas, e em seguida a equipe se desloca para a área de trabalho. (PLENA et. al., 2010). O estudo dos locais para realizar o trabalho e as estratégias de abordagem é realizado diariamente, pois ambos fatores podem mudar conforme as mudanças nas ruas, o que não muda é a equipe e os princípios norteadores que guiam o CR para a realização do melhor trabalho. E o olhar de cada profissional é fundamental para que possam ter uma visão para além daquilo que está explícito.

A contribuição de cada profissional de um campo específico do saber é a garantia de um olhar e uma intervenção plural em um contexto de vida pleno de demandas dos mais diversos tipos. A interdisciplinaridade, portanto, estimula uma postura solidária entre os membros da equipe e uma participação ativa de cada membro nos processos decisórios que envolvem o trabalho. (FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011, p. 41).

Além de que, quando se trabalha em equipe é possível atender a pessoa em todas suas necessidades, seja física ou mental. *Uma única perspectiva teórica nunca seria suficiente para a compreensão dessa realidade nem para a sustentação de um trabalho efetivo com a referida população.* (FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011, p. 41).

2. Atuação do Psicólogo

A psicologia, em sua complexa história que recentemente completou 50 anos, se constitui como profissão em diversas áreas de atuação, porém nem sempre foi assim. Não é novidade afirmarmos que a clínica sempre se configurou como o espaço de maior visibilidade em sua atuação, pois quando a psicologia nasceu no Brasil, em 1962, a profissão foi demarcada por três grandes áreas de atuação: a clínica, a escolar e a industrial; a intenção de se criar uma psicologia nestas áreas era a busca pela adequação das pessoas no contexto do ensino e na relação com

os postos de trabalho, procurando um progresso no desenvolvimento que se colocava em curso. (CRPRS, 2012). Através do crescimento da profissão e conquistas por áreas de atuação, a partir dos anos 1980,

[...] as concepções de subjetividade e singularidade passam a ser problematizadas desde uma perspectiva social, histórica e política. O modelo de formação cujo eixo central era a formação de profissionais liberais para atuarem na área privada, junto às populações com maior poder aquisitivo, desloca-se para um campo mais plural de atenção, onde o(a) Psicólogo(a) passa a compor equipes de trabalho vinculadas às políticas públicas (especialmente na saúde), aproximando-se cada vez mais de pessoas não consumidoras da cultura Psi. [...] (CRPRS, 2012, p. 4).

A partir da Resolução 014/00 que se atribui o título de especialista em Psicologia e seu respectivo registro, são aprovadas diversas áreas de atuação psicológica, sendo que entre elas, citadas no **Art. 3º**, [...] a *Psicologia Escolar/Educacional, Psicologia Organizacional e do Trabalho, Psicologia de Trânsito, Psicologia Jurídica, Psicologia do Esporte, Psicologia Hospitalar, Psicologia Clínica, Psicopedagogia, Psicomotricidade*. (CFP, 2000). Entretanto, antes mesmo de considerar as áreas supracitadas como áreas de atuação da psicologia, a Psicologia da saúde já estava em meio à prática da psicologia. *A Psicologia da Saúde é uma área recente, desenvolvida principalmente a partir da década de 70, cujas pesquisas e aplicações, respectivamente, visam a compreender e atuar sobre a inter-relação entre comportamento e saúde e comportamento e doenças*. (ALMEIDA, MALAGRIS, 2011, p. 184). Decorrente do objetivo proposto pela psicologia da saúde, podemos considerar que a mesma é uma articulação ente a psicologia clínica e comunitária, entre outras, com a saúde.

[...] A psicologia da saúde, que dá relevância à promoção e manutenção da saúde e à prevenção da doença, resulta da confluência das contribuições específicas de diversas áreas do conhecimento psicológico (psicologia clínica, psicologia comunitária, psicologia social, psicobiologia) tanto para a promoção e manutenção da saúde como para a prevenção e tratamento das doenças. [...] (TEIXEIRA, 2004, p. 441).

O papel principal do psicólogo da saúde é compreender de que forma os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam a saúde. *Muitos estão centrados na promoção da saúde e prevenção da doença, trabalhando com os factores psicológicos que fortalecem a saúde e que reduzem o risco de adoecer*. (TEIXEIRA, 2004, p. 441).

O atendimento psicológico na área da saúde é diferente do atendimento clínico em diversos fatores. Isso é notório, desde a forma em que se combina o atendimento, até a forma com que se desenrola o mesmo.

Ao procurar pela psicoterapia, o paciente será então enquadrado no chamado *setting* terapêutico. Assim as normas e diretrizes do processo serão colocadas de maneiras bastante claras e precisas pelo psicoterapeuta, formalizando-se assim as nuances sobre as quais se norteará esse processo. Detalhes como horário de duração de cada sessão, eventuais reposições de sessões, prazo de aviso para eventuais faltas etc. são esboçados e o processo se desenvolve então em perfeita consonância com esses preceitos. (ANGERAMI, 1971, p. 5).

Em um atendimento clínico, a procura pelos serviços, geralmente é feita pelo paciente e o atendimento ocorre no *setting* terapêutico, ou seja, todas as informações referentes ao atendimento são tratadas entre o psicólogo e o paciente, e quando estamos falando de menor de idade, com o responsável pelo menor. No atendimento na área da saúde, esses procedimentos são realizados de uma forma diferente quando comparados aos da clínica. O modo de conduzir o atendimento psicológico na área da saúde não difere, em sua essência, do atendimento psicológico realizado no CR. A diferença visível é somente o fato de não ocorrer o atendimento em uma instituição exata.

Diferentemente do trabalho dentro de uma instituição, quando é o usuário que busca o serviço e cujas condições de atendimento já estão dadas, com toda a ambiência ajudando a compor o *setting* terapêutico, incluindo o lugar que o profissional ocupa na organização do serviço, na rua esses lugares "precisam ser construídos a partir do trabalho e da posição em que os profissionais se colocam para os usuários. No seu posicionamento, a equipe deve explicitar o propósito da presença do Consultório de Rua e quais as características do seu trabalho, diferenciando-o de outras ações desenvolvidas na rua, como ações de cunho caritativo. Assim, gradativamente, vai-se demarcando o lugar do Consultório de Rua enquanto um dispositivo do campo da saúde. (PLENA et. al., 2010, p. 11).

Outro fator que está ligado diretamente à forma de atendimento, é que os atendimentos psicológicos na área da saúde, ocorrem conforme a disponibilidade do paciente, pois nem sempre os pacientes estarão nos leitos e/ou será possível realizar atendimento com os mesmos, portanto consideramos o atendimento psicológico da saúde como algo instável.

No CR, os atendimentos, de toda equipe multiprofissional, ocorre conforme a disponibilidade das pessoas que se encontram em situação de rua.

Os Consultórios de Rua são dispositivos que têm uma estrutura viva, flexível, que deve adaptar-se a todo instante às condições que se

apresentam. É um trabalho que segue o contexto mutante da rua, sempre dinâmico, que leva a equipe a incorporar uma forma de atuação também dinâmica. Por ser uma estrutura viva, ele é construído cotidianamente, adequando-se às condições dos lugares e do momento. (PLENA et. al., 2010, p. 16).

Em ambos os atendimentos, da saúde e no CR, os profissionais vão ao encontro com o paciente, portanto cabe a eles adaptarem o atendimento às condições disponíveis.

É interessante ressaltar que na rua não se tem a privacidade que um *setting* terapêutico pode oferecer, pois, assim como na área da saúde, os atendimentos são realizados no local da abordagem, onde, geralmente, há várias outras pessoas próximas que possam, com facilidade, escutar o atendimento.

[...] o atendimento do psicólogo, muitas vezes, é interrompido pelo pessoal de base do hospital, seja para aplicação de injeções, prescrição medicamentosa em determinado horário, seja ainda para processo de limpeza e assepsia hospitalar. O atendimento, dessa forma, terá de ser efetuado levando-se em conta todas essas variáveis, além de outros aspectos mais delicados que citaremos a seguir. [...] (ANGERAMI, 1984, p. 11).

O atendimento terapêutico clínico é, certamente, mais reservado que um atendimento no CR ou na área da saúde pelo fato de que o atendimento clínico ocorre entre o psicólogo e o paciente, e possivelmente uma terceira pessoa, geralmente quando o paciente é menor de idade. (ANGERAMI, 1984). *O setting terapêutico impõe ainda uma privacidade ao relacionamento que torna toda e qualquer interferência externa ao processo plausível de ser analisada e enquadrada nos parâmetros desse relacionamento.* (ANGERAMI, 1984, p. 6).

Apesar de, muitas vezes, nos primeiros momentos a equipe ser recebida com certa desconfiança por alguns usuários, aos poucos, a regularidade da presença, a percepção da atenção qualificada e acolhedora dos profissionais vai abrindo as possibilidades de construção de um vínculo de confiança. A partir daí, a própria população passa a demandar da equipe cuidados que até então estavam relegados ao abandono. Essas demandas são “disparadas” a partir da apresentação da proposta e dos profissionais, configurando a oferta de serviços de saúde do Consultório de Rua. (PLENA et. al., 2010, p. 14).

Mais uma semelhança notória entre a área da saúde e o CR é a formação da equipe multiprofissional, que possui praticamente os mesmos profissionais atuando na área da saúde ou no CR, e possivelmente outros profissionais, não ligados diretamente à saúde, mas que completam a equipe.

Sua estrutura de funcionamento conta com uma equipe volante mínima com formação multidisciplinar constituída por profissionais da saúde

mental, da atenção básica, de pelo menos um profissional da assistência social, sendo estes: médico, assistente social, psicólogo, outros profissionais de nível superior, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais. Além desses, eventualmente, poderá contar com oficinas que possam, estrategicamente, desenvolver atividades de arte-expressão. (PLENA et. al., 2010, p. 10).

Percebe-se, conforme as citações anteriores, que a ideologia de abordagem e o método utilizado no CR são muito próximos aos procedimentos utilizados na área da saúde, lembrando que o CR é considerado um projeto de política pública de saúde e está ligado a outras políticas públicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

[...] O Ministério da Saúde (MS), ao eleger como modelo a criação de uma política pública de saúde para a população em situação de rua em convergência com as diretrizes da atenção básica e a lógica da atenção psicossocial com sua proposição de trabalhar a redução de danos, assume legitimamente a responsabilidade da promoção da equidade, garantindo o acesso dessa população às outras possibilidades de atendimento no SUS, com a implantação dos Consultórios na Rua. [...] (Ministério da Saúde, 2012, p. 11).

A intenção principal da psicologia da saúde é compreender como é possível, através de intervenções psicológicas, cooperar para a melhoria do bem-estar das pessoas e das comunidades. (TEIXEIRA, 2004).

Pensando no CR, podemos afirmar que a psicologia comunitária também é parte constituinte, pois [...] *a Psicologia Comunitária tem-se focalizado na criação de serviços adequados a populações socialmente marginalizadas, ao desenvolvimento de técnicas inovadoras de prestação de serviços.* (ORNELAS, 1997, p. 376).

A complexidade do acesso às ruas, oferecer-se como possibilidade de interação e, algumas vezes, concorrer com as drogas, exigem estratégias de intervenção comunitária que, minimamente, dialogue com os principais atores da intervenção, em campo. (SANTOS; MALHEIRO, 2010, p. 52).

A Psicologia da saúde e a Psicologia comunitária, na atuação do profissional psicólogo no CR, estão, de fato, articuladas. Em outras palavras, leva-se em consideração o modo de viver, o local e costumes do ser e o quanto isto interfere no mesmo – papel da psicologia comunitária e, avalia a subjetividade, no sentido de analisar quanto ela interfere na saúde do ser – psicologia da saúde. Aquela influência na vida do ser, estudada pela psicologia comunitária, irá refletir na saúde e qualidade de vida, avaliada pela psicologia da saúde.

O estilo de vida individual engloba questões psicológicas acerca da personalidade, comportamentos, padrões de relações pessoais e

interpessoais, conhecimentos, atitudes, controle do estresse, todas elas, variáveis que influenciam a relação entre o modo de viver e as condições de saúde. Diretamente relacionadas à esfera individual está o contexto sócio-histórico, no qual a vida transcorre, produzindo subjetividade, significado e sentido para as práticas de saúde individuais e coletivas. (CILIBERTI; SAADALLAH; BARROS, 2013, p. 11).

E a pessoa em situação de rua tem seu contexto sócio-histórico fortemente marcado pelas vivências que tem na rua, local onde passa a maior parte de seu tempo.

De acordo com o Ministério Público, citado por Ciliberti; Saadallah; Barros (2013, p. 9), atualmente, *a presença das (os) psicólogas (os) na Saúde representa o montante de 29.212 profissionais*, esse dado representa o quanto a psicologia está ligada à saúde pública e comprometida com a construção e defesa das políticas públicas. (CILIBERTI; SAADALLAH; BARROS, 2013).

Ao falarmos sobre o Consultório de Rua, estamos falando sobre uma extensão de assistência à saúde, física e/ou mental.

São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos 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. (PLENA et. al., 2010, p. 10).

Portanto, se pensarmos em atendimento psicológico, podemos ressaltar semelhanças consideráveis entre o atendimento no CR e na Psicologia da Saúde. Em relação ao paciente, por exemplo, podemos afirmar que o estigma se torna algo pertencente ao ser, pois o mesmo passa por uma despersonalização, a qual permanecerá, possivelmente, todo o tempo em que estiver naquela instituição.

Ao ser hospitalizado, o paciente sofre um processo de total despersonalização. Deixa de ter o seu próprio nome e passa a ser um número de leito ou então alguém portador de uma determinada patologia. O estigma de doente – paciente até mesmo no sentido de sua própria passividade perante os novos fatos e perspectivas existenciais – irá fazer com que exista a necessidade premente de uma total reformulação até mesmo de seus valores e conceitos de homem, mundo e relação interpessoal em suas formas conhecidas. (ANGERAMI, 1984, p. 2).

O mesmo acontece com a pessoa em situação de rua, que sofre uma perda de identidade, e, muitas vezes passa a ser chamado por outras pessoas, que vivem em situações diferentes, de “morador de rua” ou “mendigo”, além de transparecerem um possível medo.

[...] Este medo talvez esteja relacionado ao estigma do morador de rua como um criminoso em potencial, que pode assaltar, pedir esmola ou violentar quem quer que atravesse o seu caminho. As pessoas [...] pensam que vão levar um choque aproximando-se dos cidadãos em situação de rua. De fato, levarão um choque: o choque da desigualdade e desumanização do homem no seio da sociedade brasileira. Trata-se da vinculação mais geral da pobreza com a violência e a delinqüência, o que vem a favorecer que todos os cidadãos enxerguem o morador de rua como socialmente ameaçador. E um criminoso em potencial. (MATTOS; FERREIRA, 2004, p. 50).

Segundo Silveira (2012), as pessoas em situação de rua são vistas como um grupo indesejável, as pessoas que utilizam das unidades de saúde não se sentem bem em dividir o mesmo ambiente; a sociedade tem medo, as famílias tem medo de suas casas, os comerciantes se preocupam com o fato das pessoas em situação de rua acabar espantando clientes. Há políticas públicas que querem tirar deles a liberdade de ir e vir para que não enfeiem a cidade.

Segundo Stoffels (1997), [...] *o indivíduo não-trabalhador é encerrado pela ideologia dominante numa situação periférica, e estigmatizado como ser desviante, degenerado e residual. Ele se vê e sente como elemento segregado, portador de uma identidade atrofiada.* (STOFFELS, 1977 apud MATTOS; FERREIRA, 2004, p. 53). E isso também influencia para que não haja procura por ajuda nas unidades de saúde, ou entidades que possam amparar.

E o psicólogo, como profissional integrante da equipe que atua no CR, está inteiramente comprometido com a busca pelo sucesso dos objetivos propostos pelo CR. Juntamente aos demais profissionais, o psicólogo preocupa-se, não somente com a saúde física do paciente, mas também mental.

A principal contribuição do trabalho do psicólogo é proporcionar a não alienação do paciente no processo saúde-doença, não exclusão de seu ambiente social uma vez que a vida social é fator importante no processo de recuperação. Assim, a Psicologia atua com foco na atenção, promoção, prevenção de saúde, não apenas nos casos de doença, mas nas ações que visam melhoria da qualidade de vida. (CILIBERTI; SAADALLAH; BARROS, 2013, p. 10).

É possível notar o papel da psicologia comunitária levando em conta o ambiente social no qual a pessoa em situação de rua está inclusa, e a qualidade de vida. Sendo que o ambiente social em que se vive influencia diretamente a saúde que se tem.

[...] para ter saúde é preciso enfrentar a desigualdade social no país. Do ponto de vista das perspectivas objetivas, o enfrentamento da questão da saúde está ligado à erradicação da miséria. A saúde pode ser um recurso

para a erradicação da miséria e essa luta como um recurso da promoção da saúde.

Frente a essa situação, cabe ao psicólogo oferecer a escuta e permitir que a singularidade de cada ser se faça presente. [...] *A partir de uma escuta acolhedora e sem julgamentos morais, é possível compreender o que o usuário traz como problema em sua vida e, também, identificar as suas potencialidades [...]* (BITTENCOURTT; SOUZA, 2010, p. 33).

O cuidado à saúde dos usuários de drogas na rua exige propostas que levem em consideração o contexto e o modo de vida, buscando-se o resgate do valor da vida e da saúde, da cidadania e da dignidade humana. Os contextos de vida e as particularidades do público atendido pelo CR são aspectos singulares na experiência de atendimento na rua: para os profissionais, ir ao encontro da clientela onde ela está, implica em uma série de adaptações no seu modo de atuar; para os usuários, poderá tornar-se um meio pelo qual se possibilita a passagem de uma posição de objeto, em que o indivíduo está "coisificado", para ocupar um outro lugar, enquanto sujeito e cidadão. (OLIVEIRA, 2009, p. 53).

Para Filho, Valério, Monteiro (2012), cada um que está na rua tem uma história, um motivo, uma razão para estar naquele lugar, daquela forma. Além de levar em conta o modo em que vive e suas particularidades, o profissional psicólogo se faz presente levando em conta também a singularidade de cada um, respeitando suas escolhas, e é este sinal de respeito ao limite do outro que permite a aproximação que o CR busca com intuito de poder intervir em prol da saúde física e mental daquele em situação de rua.

Os mesmos autores supracitados afirmam que é o reconhecimento do outro, em sua singularidade, a condição que possibilita estabelecer um vínculo com a equipe. E através deste vínculo que se estabelecerão possíveis intervenções, orientações, prevenções de doenças contagiosas e a redução de danos e que também permite a pessoa em situação de rua se perceber como cidadão.

Um vínculo que respeita a particularidade da vida de cada um e abre possibilidade para que a própria pessoa em situação de rua reconheça o seu valor como cidadão, sua dignidade humana, e que tem um futuro. Esse reconhecimento feito por cada um através do Consultório de Rua é o que permite o favorecimento de novas possibilidades no autocuidado com relação à saúde e uma reflexão sobre os modos de uso de drogas com a finalidade de reduzir riscos e danos. Por meio do trabalho do Consultório de Rua criam-se novas perspectivas para a atenção da pessoa para com sua saúde, em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. (FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2012, p. 15).

Certamente considerar a singularidade das pessoas em situação de rua é função de todos que atuam no CR, entretanto, principalmente o psicólogo tem, em

sua atuação, a função de não deixar a relação humanizada desaparecer no processo de vinculação. De acordo com o Trino, Rodrigues e Junior (2012), a impressão que existe é a de que a importância da assistência em saúde não leva em conta somente os fatores biológicos, mas incorpora a estes, outros determinantes sociais do processo saúde–doença, bem como a subjetividade dos sujeitos, tornando possível, assim, uma produção de saúde integral efetiva.

[...] o acolher, o acesso e o vínculo, enquanto prática política e terapêutica precisam fazer parte da agenda em saúde na perspectiva de enxergar o sujeito de direito com vistas a garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade no acesso, respaldados pela Constituição de 1988, pela Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) de 1990 e reforçados pela nova Política Nacional de Atenção Básica de 2011. (TRINO; RODRIGUES; JUNIOR, 2012, p. 33).

A partir do contato com a pessoa em situação de rua é possível pensar em intervenções, orientações, prevenções, entre outros procedimentos necessários. É neste contato com o sujeito que se constrói um diagnóstico que, segundo Trino, Rodrigues e Junior (2012), é considerado [...] *um olhar focado em um tripé: território, grupo social e singularidade do sujeito*. [...] (p. 34). Tais autores definem a Singularidade como:

[...] cada ser humano traz consigo a marca da sua história e trajetória de vida, o que determina a sua singularidade. A partir desse princípio, o profissional de saúde que trabalha com população em situação de rua não pode deixar de considerar todos os aspectos subjetivos que contribuem para construir a identidade do sujeito e o lugar que hoje ocupa na sociedade e em seu contexto de vida. (TRINO; RODRIGUES; JUNIOR, 2012, p. 36).

Se atentar para a história do sujeito e permitir que sua subjetividade transpareça sem qualquer julgamento é demonstrar à pessoa que qualquer intervenção e/ou algum procedimento direcionado a ela é um acolhimento que, de fato, é fundamental para a criação de vínculo e busca por mudanças, conforme a escolha dela. De acordo com Candiani (2012, p. 39), acolher é [...] *compreender a sua demanda para além da queixa principal apresentada, é perceber esse cidadão no seu contexto social e inseri-lo em uma rede de atenção à saúde em que a atenção básica é a coordenadora do cuidado*. [...].

Quando se trata de população em situação de rua (PSR), a abordagem e o acolhimento são de fundamental importância para a produção do cuidado, tendo em vista que esse grupo social é historicamente marcado por um processo de exclusão dos serviços de saúde, onde a sua presença se traduz em forte incômodo tanto para os profissionais de saúde quanto para os demais usuários, ficando quase sempre renegado o seu direito à atenção integral à saúde e, quando muito, apenas é atendido nas emergências. (CANDIANI, 2012, p. 39).

Portanto, o psicólogo, junto ao CR, é visto como um integrante fundamental para considerar a singularidade de cada ser, oferecer a escuta, realizar intervenções precisas, além de atuar na prevenção e promoção de saúde, em conjunto aos outros profissionais.

3. Considerações Finais

O CR é um projeto que vem sendo proposto há pouco tempo, entretanto, suas metas e diretrizes estão demarcadas e são seguidas de acordo com o público que se espera alcançar. Segundo Plena et. al. (2010) o objetivo principal do CR é, respeitando às diferenças, buscar a promoção dos direitos humanos e inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade.

Desde muito antes já existiam pessoas em situação de rua, e mesmo que se pensasse em soluções para tal circunstância, foi somente em 2009 que o projeto focado propriamente a essas pessoas foi posto em prática: Consultório de rua, considerado uma política pública de saúde.

O profissional psicólogo que atua no CR segue, a princípio, um olhar da psicologia da saúde, não somente pelo CR ser uma política pública de saúde, mas também pela maneira de acolhimento, forma de abordagem, criação de confiança, intervenção, orientação, prevenção, e, além disso, por permitir que a pessoa exponha sua subjetividade sem qualquer julgamento. Estas atitudes são papel também da psicologia comunitária, que leva em consideração o ambiente em que vivem, como se comportam e o quanto isto interfere na vida do mesmo. A saúde está ligada diretamente com todos estes critérios, pois tanto o ambiente-social quanto a subjetividade são, em um conjunto, a construção de si mesmo.

A sociedade em que vivemos estimula a produção e o consumo, que trazem consigo as diferenças sociais, e são essas diferenças sociais que distanciam mais ainda as pessoas menos favorecidas (que não produzem), daquelas com melhores condições (que produzem) e podem, assim, consumir. Não somente por este fato há um distanciamento entre menos e mais favorecidos, porém junto à isto há o estigma, fortemente presente sobre aqueles que não produzem, que acabam ficando à margem da sociedade, sendo excluídos de ambientes sociais, e aparentemente, perdendo seus direitos – fato este que o CR também busca resgatar.

Cada profissional que integra o grupo do CR tem uma visão singular daquilo que escuta, e atuam conforme o possível no momento. Posterior a ida à rua, a equipe se reúne e debate sobre o trabalho realizado, e é exatamente neste momento que o papel do psicólogo se faz inteiramente presente, pois o olhar psicológico leva, certamente, a singularidade do ser de uma forma diferenciada de outros olhares profissionais, e, de fato, um olhar psicológico agrega valores que foram transparecidos pela pessoa em situação de rua, que no momento de uma abordagem odontológica ou médica não se fez presente.

Sabemos que o papel do psicólogo não se resume em considerar a singularidade do ser e oferecer a escuta, mas também intervir quando preciso e orientar a pessoa, ou seja, a inserção do psicólogo no CR é aproveitada antes da abordagem, planejando os locais e formas de intervenção, durante, onde ele oferece a escuta, orienta, intervém e acolhe, e depois, no momento de debater os casos atendidos e buscar, com um olhar humanizado, a melhor solução para ele a partir de seu consentimento.

A presença do Psicólogo é fundamental para que o haja um olhar humanizado e para além do discurso do ser. Entretanto, vale ressaltar que não somente o esse profissional, mas o CR como prática de política Pública precisa ser expandido de modo que seja acessível a todos que precisam desta prática, pois o mesmo não é divulgado o suficiente e, na verdade, valorizado. As pessoas, apoiadas no senso comum, não sabem o que é um CR, e acreditam que a melhor maneira para não haver pessoas em situação de rua é por meio de internações ou limpezas sociais, fato este que na verdade só irá esconder nossa realidade social e não contribuir para alguma progressão neste sentido.

Nossa responsabilidade, na realidade, não é a penas conhecer e aceitar tal realidade, mas principalmente pensar em caminhos de mudanças para construir com intuito de modificar tal situação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Raquel Ayres de e MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. **A prática da psicologia da saúde**. Rev. SBPH [online]. 2011, vol.14, n.2, pp. 183-202. ISSN 1516-0858. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 25 de Setembro de 2014.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Psicologia Hospitalar. A Atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar.** São Paulo: Traço, 1984.

BITTENCOURTT, Pedro Vicente Canesim; SOUZA, Ana Clara Telles C. de. **Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde: Diminuir para somar.** Viva Comunidade, 2010. Acesso em 20 de Outubro de 2014. Disponível em http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Acesso em 20 de Agosto de 2014. Disponível em <http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/controle/ShowFile.php?id=118457>. Acesso em 26 de Outubro de 2014.

BRASIL, PORTARIA N 344, de 12 de maio de 1998. **Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial - CAPÍTULO I, das Definições.** Secretaria de Vigilância Sanitária. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf. Acesso em 9 de julho de 2014.

CANDIANI, Cláudio. “Abordagem e acolhimento à pessoa em situação de rua”. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Acesso em 20 de Agosto de 2014. Disponível em <http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/controle/ShowFile.php?id=118457>. Acesso em 26 de Outubro de 2014.

CARLINI, Elizaldo Araújo et. al.. **Drogas Psicotrópicas – O que são e como agem.** Rev. IMESC nº 3, 2001. p. 9-35. Disponível em <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%201%20-%20DROGAS%20PSICOTR%C3%93PICAS%20O%20QUE%20S%C3%83O%20E%20COMO%20AGEM.pdf>. Acesso em 9 de julho de 2014.

CFP. RESOLUÇÃO CFP Nº 02/01. **Altera e regulamenta a Resolução CFP nº 014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Anexo I: definição das especialidades a serem concedidas pelo conselho federal de psicologia, para efeito de concessão e registro do título profissional de especialista em psicologia.** 2001. Disponível em http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf. Acesso em 12 de Setembro de 2014.

CFP. RESOLUÇÃO CFP N.º 014/00 DE 20 DE DEZEMBRO DE 2000. Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. 2000. Disponível em http://www.ufrgs.br/e-psico/etica/temas_atuais/especialistas-resolucao-cfp-14-00.html. Acesso em 12 de Setembro de 2014.

CILIBERTI, Maria Ermínia; SAADALLAH, Márcia Mansur; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos. **Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS: orientações para Gestores**. CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, CFP. 2ª Edição. Brasília-DF, 2013. Disponível em http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/07/conasems-crepop_grafica4.pdf. Acesso em 10 de Agosto de 2014.

CRPRS. **Psicologia e Clínica**. Ano XII. Nº 60. Rev. Entre Linhas – CRPRS, 2012. Disponível em <http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo54.pdf>. Acesso em 05 de Outubro de 2014.

FILHO, Antonio Nery; VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro; MONTEIRO, Luiz Felipe. **Guia do projeto consultório de rua** - Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011. 160 p. Publicado em 2012. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/cartilhas/329225.pdf>. Acesso em 22 de Outubro de 2014.

GALDURÓZ, José Carlos F. et. al.. **Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001**. Rev. Latino-am. Enfermagem 2005 setembro-outubro. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea17.pdf>. Acesso em 9 de julho de 2014.

JORGE, Jorgina Sales; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. **Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção**. *Saúde Transform. Soc.* [online]. 2012, vol.3, n.1, pp. 39-48. ISSN 2178-7085. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S2178-70852012000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 10 de julho de 2014.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. **Quem vocês pensam que (elas) são? - Representações sobre as pessoas em situação de rua**. Universidade São Marcos, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n2/a07v16n2.pdf>. Acesso em 22 de Outubro de 2014.

MOREIRA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Dartiu Xavier da; ANDREOLI, Sérgio Baxter. **Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo**. Rev. Saúde Pública, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n5/10.pdf>. Acesso em 9 de julho de 2014.

OLIVEIRA, M.G.P.N. **Consultório de rua: relato de uma experiência**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, Bahia. 2009. 151p. Disponível em [http://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Dissertacao_final MIRIAN GRACIE_2.pdf](http://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Dissertacao_final_MIRIAN_GRACIE_2.pdf). Acesso em 01 de Setembro de 2014.

PLENA, Mirian Gracie; et. al. **Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS**. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. / EPJN-FIOCRUZ: Brasília, setembro 2010, 48 p. Disponível em http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/consultorio_rua_SUS.pdf. Acesso em 10 de julho de 2014.

SANTOS, Amanda Marques dos Santos; MALHEIRO, Luana. **Redução de danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais**. In: FILHO, Antonio Nery; VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua – Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Cartilha sobre Maconha, Cocaína e Inalantes – Série Por dentro do assunto: Drogas**. Brasília, 2005. Disponível em <http://www.antidrogas.pr.gov.br/arquivos/File/cartilhas/DrogascartilhasobreMaconhaCocainaInalantes.pdf>. Acesso em 9 de julho de 2014.

SILVEIRA, Angélica da. Relato de experiência do serviço social no atendimento à pessoa Em situação de rua. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Acesso em 20 de Agosto de 2014. Disponível em <http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=118457>. Acesso em 26 de Outubro de 2014.

TEIXEIRA, Rita Petrarca. **Repensando a psicologia clínica**. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [online]. 1997, n.12-13, pp. 51-62. ISSN 0103-863X. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/n12-13/05.pdf>. Acesso em 06 de Outubro de 2014.

TRINO, Alexandre; RODRIGUES, Rosana Ballester; JUNIOR, Antonio Garcia Reis. "A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SEUS TERRITÓRIOS". In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Acesso em 20 de Agosto de 2014. Disponível em

<http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=118457>. Acesso em 26 de Outubro de 2014.

Boas práticas pedagógicas