

O Serviço Social na Equipe Multiprofissional de Consultório na Rua

ALMEIDA, Valdenise Barreto de
OLIVEIRA, Andréia de

RESUMO: O estudo tem como objetivo analisar o exercício profissional do assistente social na equipe multiprofissional no Consultório na Rua no Distrito Federal. Evidencia-se a inserção do assistente social nesse espaço sócio ocupacional na direção de um agir profissional comprometido com os princípios ético – político da profissão, da reforma sanitária e psiquiátrica brasileira. Utilizou-se do referencial teórico metodológica na perspectiva crítico dialética, por meio de estudo de abordagem quanti-qualitativa, que envolveu pesquisa empírica, documental e bibliográfica sobre a temática. A primeira fase constituiu-se pela revisão da literatura e de documentos pertinentes ao objeto de estudo. Em seguida realizou-se questionário online na plataforma Google e entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais. Os resultados permitiram evidenciar a emergência de um agir crítico, reflexivo por parte do assistente social, de modo a contribuir na atenção à saúde e na superação da histórica invisibilidade social da população em situação de rua no âmbito das políticas sociais.

PALAVRAS- CHAVE: exercício profissional; consultório na rua; serviço social.

1) INTRODUÇÃO:

A criação do Sistema Único de Saúde é resultante de lutas sociais envolvendo diferentes segmentos da sociedade e representa a maior política pública da história do Brasil, constituindo em suas prerrogativas constitucionais o compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (Brasil, 2007).

Entretanto, o país se depara nos anos subsequentes a sua criação, um processo de acirramento de medidas neoliberais e conservadoras. Essas medidas se contrapõem às conquistas e prerrogativas constitucionais, colocando em risco o Estado de direito e os avanços legais das políticas sociais, por meio de incorporação de planos de austeridade econômica, com o intuito principal de atender aos interesses do capital.

Nesse contexto, as propostas de um sistema de saúde, universal, estatal, integral, com participação social e fundamentado em um modelo de atenção à saúde voltado para uma perspectiva ampliada de saúde em contraposição ao modelo biomédico, encontra inúmeros desafios frente a falta de financiamento adequado, precarização das condições de trabalho, diferentes estratégias mercadológicas e de privatização da saúde, dentre outros aspectos.

Concomitante, a dramática desigualdade social do Brasil perdura, em uma histórica concentração de renda e de perpetuação de uma sociedade hierarquizada e iníqua, expresso sobretudo nos bolsões de pobreza e miséria no campo e na cidade.

É, portanto, neste contexto de desigualdades que atualmente estima-se¹ que o Brasil tem pouco mais de 100 mil pessoas vivendo nas ruas. Uma realidade que requer atenção da sociedade e do Estado para as necessidades sociais e a urgência de formulação e implementação de políticas públicas para essa parcela de brasileiros.

Nessa direção, a estratégia do Consultório na Rua, toma relevância na medida em que visa melhorar a capacidade de resposta às demandas e necessidades de saúde inerentes à população em situação de rua, a qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

A ênfase no presente estudo recai para a análise do exercício profissional do assistente social nas equipes multiprofissionais no Consultório na Rua, ou seja, equipes responsáveis pelo desenvolvimentos de ações integrais de saúde de forma itinerante e, quando necessário, em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território.

2) DESENVOLVIMENTO

2.1. Percurso metodológico

O estudo é um recorte de uma pesquisa² do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília-UnB, em parceria com a Secretária de Saúde do Distrito Federal-SES/DF intitulada “O Serviço Social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal”. Tal pesquisa objetiva analisar as principais ações do serviço social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal, identificando as atribuições, competências profissionais, desafios, limites, avanços e condições de trabalho do assistente social. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Universidade de Brasília- CEP/IH, por meio da Plataforma Brasil, sob o nº 1156935, relatado em 31/07/2015.

Utilizou-se do referencial teórico metodológica na perspectiva crítico dialética, por meio de estudo de abordagem quanti-qualitativa, que envolveu pesquisa empírica, documental e bibliográfica sobre a temática. A revisão de literatura, ocorreu nos bancos de dados da base Scielo, artigos e revistas da área do serviço social. A pesquisa documental foi realizada, por meio de documentos oficiais, portarias, leis, manuais, dentre outros.

O lócus da pesquisa empírica foram os Consultórios na Rua do DF³, previamente mapeados para a realização do estudo. Utilizou-se na pesquisa de campo dois instrumentos:

¹Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. Brasília, IPEA, 2016.

² Pesquisa relacionada ao trabalho do Assistente Social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal, coordenada pela professora Dr.^a Andréia de Oliveira, professor Dr. Reginaldo Guiraldelli (ambos professores do Departamento de Serviço Social da UnB) e pela assistente social Michelle Martins que trabalha na Gerência de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal.

³ No Distrito Federal, as regiões contempladas com o Consultório na Rua são o Plano Piloto (Asa Sul), Ceilândia e Taguatinga.

primeira fase da pesquisa empírica foi aplicado questionário online (elaborado na plataforma google) a partir do mapeamento das/os assistentes sociais inseridos nos Consultórios na Rua no DF e seus respectivos contatos (endereços eletrônicos). Na sequência, foi realizada entrevista semiestruturada com dois assistentes sociais.

Há atualmente no DF, três assistentes sociais atuando nos Consultórios na Rua, localizados na Asa Sul, Taguatinga e Ceilândia. Optou-se por realizar a entrevista com um dos profissionais que participou da primeira etapa da pesquisa, ou seja respondeu ao questionário on line e, um outro/a assistente social não respondente ao questionário online, mas que aceitou participar na segunda etapa da pesquisa, ou seja entrevista semiestruturada. Dessa maneira, contemplou-se na pesquisa empírica a atuação do assistente social em 02 (dois) consultórios na rua do DF. Foram mantidos em sigilo os nomes dos participantes das pesquisas e as informações fornecidas por esses profissionais. Os participantes da pesquisa de campo foram denominados por letras (X/Y).

2.2. O CONSULTÓRIO NA RUA NO ÂMBITO DO SUS

O Consultório na Rua (CnR), estabelecido através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é componente da atenção básica e deve seguir os fundamentos e as diretrizes dessa política. O Consultório na Rua procura atuar perante as necessidades e demandas de saúde das pessoas em situação de rua, com problemas relacionados ao uso do álcool e outras drogas, situações de vulnerabilidade, orientações relacionadas a documentação pessoal, dentre outras, que priorizem a saúde e o cuidado para com esses sujeitos, incluindo estratégias como a busca ativa.

A proposta de trabalho do CnR requer uma relação intersetorial, em que se faz primordial a articulação com a rede e o alinhamento de expectativas e forças em relação a um interesse comum. Por isso, o CnR procura articular diferentes parcerias, desde a própria comunidade local, comerciantes da área, instituições religiosas, escolas, perpassando por serviços de saúde assim como da assistência social, instituições voltadas para justiça, dentre outros.

De acordo com a portaria Nº 122 de 25 de janeiro de 2011, as equipes do CnR são multidisciplinares, ou seja, compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, com composição mínima de dois profissionais de nível médio e dois profissionais de nível superior. A respectiva portaria, ainda preconiza que o Consultório na Rua deve realizar suas atividades in loco, de forma itinerante e quando for necessário, desenvolver ações de maneira compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, se for preciso, igualmente com as equipes por exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outros, conforme a necessidade do usuário.

O Consultório na Rua, desta maneira, representa um importante dispositivo especializado da rede que compõem o SUS e que atua como porta de entrada para as pessoas que estão em situação de rua e necessitam de atenção à saúde. Desta maneira, as equipes dos consultórios na rua exercem papel fundamental no cuidado, na garantia do acesso à saúde, a exemplo do pré-natal de gestante em situação de rua, que por meio deste serviço e da relação com outros equipamentos de saúde e de outras políticas sociais, procura contribuir para que os direitos dessas mulheres sejam minimamente garantidos.

No entanto, cabe ressaltar que a responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua não se restringe ao CnR, ou seja, como qualquer outro cidadão a atenção à saúde deverá ser prestada pelos diferentes serviços de saúde, tendo como principal porta de entrada as unidades básicas de saúde.

O/a assistente social, como um dos profissionais que compõe a equipe do consultório na rua é desafiado nesse espaço sócio ocupacional a desenvolver ações em consonância com os princípios ético – político da profissão, das reformas sanitária e psiquiátrica, de modo a contribuir no acesso aos direitos da população em situação de rua que vivenciam no seu cotidiano o estigma, a exclusão, a violência, a desigualdade social inerente ao modo de produção capitalista.

3. Resultados e discussão

3.1 Trabalho em Equipe nos Consultórios na Rua (eCR)

A portaria Nº 122/2011 define em seu Art. 2º que as equipes do Consultório na Rua são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua.

De acordo com Santana (2014), o trabalho multiprofissional das equipes, com abordagem interdisciplinar é enfatizado para que se possa lidar com diferentes problemas e necessidades das pessoas em situação de rua, estando nele incluído os cuidados ao usuário de múltiplas drogas.

As equipes dos sujeitos participantes da pesquisa empírica apresentam composição diferenciada: a equipe do Consultório na Rua da assistente social X é composta por um médico, duas psicólogas, um assistente social, uma enfermeira e quatro técnicos de enfermagem. Já a equipe do Consultório na Rua da assistente social Y, é formada por um enfermeiro, um psicólogo, dois técnicos de enfermagem e um assistente social.

A assistente social X enfatizou em sua fala que o trabalho em equipe não se constitui em um pensar igual entre os membros da equipe, mas há posições e compreensões divergentes, o que requer o diálogo constante com respeito as diferenças.

A assistente social Y, fez referência positiva ao trabalho da equipe realizado, mas destaca que a falta de médico e de transporte com o motorista, prejudica no desenvolvimento dos trabalhos.

Ao analisar a composição da equipe de ambos os sujeitos de pesquisa, pode – se identificar que a equipe do assistente social X se enquadra na modalidade III⁴ (equipe formada, minimamente, por seis profissionais, acrescida do médico) e a equipe do assistente social Y está próxima a modalidade I (equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, excetuando-se o médico). Vale ressaltar, que o incentivo financeiro de custeio mensal para as equipes de Consultório na Rua é baseado em qual tipo de adotado.

A complexidade das demandas em saúde da população em situação de rua, apontam para um pensar e agir em saúde considerando as particularidades apresentadas pelas pessoas, sendo que a própria escolha dos componentes e categorias profissionais que virão a constituir a equipe deve necessariamente partir desta realidade com suas necessidades e vulnerabilidades (Londero, Ceccim e Bilibio, 2014).

De acordo com os sujeitos da pesquisa, as principais ações e serviços prestados pela equipe multiprofissional são: reunião de equipe multiprofissional, reunião da rede ampliada, reunião com a comunidade, abordagem na rua, estar preparado para falar sobre o cuidado, sensibilizar para o cuidado, acompanhamento integral, orientação e informação de como ter acesso aos direitos, encaminhar para rede de serviços, atendimentos voltados para aferição de pressão, medição de glicemia, o teste para identificar doenças específicas (ex. tuberculose, hanseníase), orientação em relação a redução de danos, distribuição de preservativos, orientação quanto a documentação e como evitar situações de risco.

Dentre as ações realizadas pela equipe do assistente social Y, destacam-se as ações integrativas tais como: Reiki, Chi-kun, Tai-chi e Hatha Yoga. Alguns componentes da equipe, como a assistente social e o enfermeiro, realizaram curso de capacitação práticas integrativas oferecido pela Secretaria Estado da Saúde do DF. O sujeito de pesquisa Y, vem ministrando, em especial, a Hatha Yoga para um Grupo de Mulheres.

Quanto a autonomia no ambiente de trabalho, o assistente social Y afirma que possui autonomia no trabalho para tomar certas decisões, no entanto há limitadores a exemplo da definição de horário de trabalho. Para a assistente social, a equipe deveria definir horários

⁴ Modalidade I: Formada minimamente por quatro profissionais, a equipe é composta por agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, professor (profissional) de educação física e profissional com formação em arte e educação, enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. Modalidade II: Formada minimamente por seis profissionais, a equipe é composta por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, professor (profissional) de educação física e profissional com formação em arte e educação. Modalidade III: Esta modalidade segue os padrões da Modalidade II, com o acréscimo de um profissional médico. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ rua.php Acesso em: 10 de abril de 2017.

adequados a necessidade dos usuários, ou seja, contemplar um horário de início da noite, trabalhar até por volta das 20 horas e finais de semana, pois alega que a população que frequenta o serviço no final de semana não é a mesma e a população em situação de rua não acorda cedo. Tal proposta é respaldado pela portaria Nº 2.488/2011. Já assistente social X, pontua que a falta de estrutura física e suporte para o seu exercício profissional, a exemplo da falta de telefone e um carro, tem prejudicado na autonomia e na qualificação do trabalho.

3.2 Condições de trabalho no âmbito dos Consultórios na Rua

Ao analisar as condições de trabalho relacionada ao espaço físico (infraestrutura) disponibilizado, o sujeito de pesquisa X avalia tanto as condições de trabalho como o espaço físico como sendo péssimos. O ambiente disponibilizado é muito pequeno e não comporta toda a equipe na mesma sala, não é disponibilizado computador próprio para a equipe e, tampouco acesso à internet. A equipe disponibiliza de um telefone fixo que no momento da entrevista sem condições de uso e mesmo quando funciona, não faz ligação para celular, dificultando o contato com os usuários que em sua totalidade não dispõe de telefone fixo. Outro problema é a falta de um motorista para dirigir o carro disponível para a equipe, o que impede muitas vezes o trabalho na rua junto à população.

A assistente social Y expressa a falta de condições de trabalho, observando que a ausência de um motorista na equipe em muitos momentos inviabiliza o trabalho junto a população em situação de rua. Por outro lado a mesma profissional avalia que as condições de trabalho tem melhorado em comparação a momentos anteriores, mas que necessita melhorarias tendo em vista a complexidade das demandas dos usuários. Sugere para alteração de local de trabalho da equipe para o Centro POP, uma vez que facilitaria o acesso e uma maior interlocução da equipe com os usuários do serviço. Avalia que as condições de trabalho podem

Ao ser indagados sobre o desencadearam de algum processo de adoecimento decorrente do trabalho profissional, ambos os sujeitos da pesquisa foram enfáticos em afirmar que sim. A assistente social X afirmou que precisou ficar afastado do trabalho em decorrência de uma situação particular ocorrida no trabalho, e a assistente social Y também teve um problema de saúde (Acidente Vascular Cerebral) que avalia ter ocorrido por decorrência do trabalho.

Ambos os sujeitos da pesquisa alegam a inexistência de política institucional voltada para atenção à saúde dos trabalhadores.

3.3 Formação e qualificação profissional

Segundo relato dos sujeitos de pesquisa falta incentivo para formação continuada e qualificação profissional. A assistente social X alega ter realizado um curso oferecido pelo Ministério da Saúde no ano de 2015 relacionado a saúde da população em situação de rua, o qual considera que foi muito significativo para o desempenho profissional. Já a assistente social Y, relata que o aprendizado para a atuação no CnR se deu a partir de leitura do Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua do Ministério da Saúde (2012) e com os colegas de equipe. Informa também que realizou curso de atenção integral para população em situação de rua, ofertado pela FIOCRUZ, depois de algum tempo de atuação no CnR.

Em relação a supervisão de estágio a assistente social Y não realiza por conta da estrutura física do local, no entanto tem repensado, pois esse contexto também serve para mostrar a precariedade muitas vezes do local de trabalho e a necessidade de lutar para conseguir melhores condições de trabalho. Por outro lado, a assistente social X aceitou supervisionar estagiários recentemente e avaliou estar muito entusiasmada com a possibilidade de troca de conhecimento, retomar os estudos, assim como de aprender com os/as estagiários.

Sobre a existência de interfaces entre o Código de Ética do Assistente Social e o Projeto Ético Político do Serviço Social no seu exercício profissional no Consultório na Rua, o relato da assistente social Y sugere para uma relação mais centrada no sigilo profissional diante das particularidades do serviço. Nesse sentido, exemplifica situações de necessidade de sigilo quando se relaciona a usuários respondente de processo judicial, ou até mesmo que não dispõe de documentação em decorrência de violências, infrações judiciais, ou seja, o usuário não quer ser identificado. Respeitar os usuários em situações como a relatada é fundamental para a criação de vínculo da equipe com os usuários. Nesse sentido, ambos sujeitos de pesquisa sugerem que o serviço social agrega importante papel junto a equipe, uma vez que a ele recai reflexões para com os outros profissionais no sentido de superação da discriminação e criminalização das pessoas em situação de rua.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da atual conjuntura vivenciada pelo país em que se tem uma disputa cada vez maior do Projeto de Reforma Sanitária x o Projeto voltado para o mercado, bem como o acirramento de posturas neoconservadoras, criminalizadoras e higienistas, percebe-se a necessidade de serviços como a Estratégia do Consultório na Rua, dispositivo de saúde do SUS, para atender demandas de saúde da população em situação de rua e que certamente não teriam essa possibilidade em modelos de saúde que privilegiam a lógica privatista e biomédica.

Através da pesquisa bibliográfica foi possível constatar a escassez de estudos voltados especificamente para o exercício profissional do assistente Social no Consultório na Rua. Os resultados da pesquisa documental sugerem para o distanciamento entre as conquistas previstas em documentos oficiais e sua efetivação na prática.

Evidenciou-se, no estudo, que a precarização do trabalho, a exemplo da falta de profissionais, infraestrutura adequada, indisponibilidade de carro, falta de motorista, tem dificultado e até mesmo inviabilizado em alguns momentos a realização do trabalho da Equipe do Consultório na Rua.

A falta de infraestrutura adequada além de se tornar um desafio para o trabalho da equipe, causa sensação de impotência para os trabalhadores, desdobrando -se em processo de adoecimento no trabalho, como sugere os resultados da pesquisa.

O estudo sugere para a importância do Consultório na Rua como um dispositivo da saúde voltado para as pessoas em situação de rua, população essa que vivencia em seu cotidiano situações de sofrimento, desigualdade, rompimento de vínculos, falta de acesso a direitos dos mais básicos do ser humano, como a alimentação, a higiene pessoal básica, vestimenta básica.

Por outro lado, a complexidade presente nas demandas da população em situação de rua e os desafios conjunturas, exige por parte dos profissionais e, por conseguinte, do assistente social, um agir crítico - reflexivo, de modo a contribuir na atenção à saúde dessa população e na superação da sua histórica invisibilidade social no âmbito das políticas sociais.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, André. De Alma-Ata ao Rio. **EPSJV**. 2012. Disponível em: <<https://fopspr.wordpress.com/tag/determinacao-social-do-processo-saude-doenca/>>. Acesso em: 10 jul.2017.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. **Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA_n_122_DE_25_DE_JANEIRO_DE_2011.pdf >. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

GIOVANELLA, Lígia. MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária em Saúde. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

LONDERO, Mario Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg e BILIBIO, Luiz Fernando. Consultório de/na rua: desafios para um cuidado em verso na rua. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 1-15, abr./ jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251>.

Acesso em: 09 jul. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 21 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, Andreia de. **Atenção Primária à Saúde: Qual o lugar da participação da sociedade**. 2012, 260 f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2012. SANTANA, Carmem. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre as políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 1-3, ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1798.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2017.