



UFPB

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

CLAUDIA PEREIRA LIMA
KETHYLEN KRISTINNE ALVES DE MELO

**ABORDAGEM DOS ASPECTOS NORTEADORES DO TRABALHO DE ASSISTENTES
SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE JUNTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

JOÃO PESSOA – PB
2025

**ABORDAGEM DOS ASPECTOS NORTEADORES DO TRABALHO DE ASSISTENTES
SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE JUNTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Serviço Social da Universidade
Federal da Paraíba, como exigência para obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Rocha de Sales
Miranda

JOÃO PESSOA – PB
2025

**Catálogo na publicação Seção de
Catálogo e Classificação**

L732a Lima, Claudia Pereira.

Abordagem dos aspectos norteadores do trabalho de assistentes sociais na política de saúde junto à população em situação de rua. / Claudia Pereira de Lima, Kethylen Kristinne Alves de Melo. - João Pessoa, 2025. 65 f.

Orientadora : Ana Paula Rocha de Sales Miranda.

TCC (Graduação) - Universidade Federal da Paraíba/Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, 2025.

1. Serviço social. 2. População em situação de rua. 3. Política de saúde. I. Melo, Kethylen Kristinne Alves de. II. Miranda, Ana Paula Rocha de UFPB/CCSHaLLAes. III. Título. CDU 36

**ABORDAGEM DOS ASPECTOS NORTEADORES DO TRABALHO DE
ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE JUNTO À POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA**

Aprovada em: 30/04/2025

BANCA EXAMINADORA



Documento assinado digitalmente
ANA PAULA ROCHA DE SALES MIRANDA
Data: 06/05/2025 21:10:16-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Professora Dra. Ana Paula Rocha de Sales Miranda (Orientadora)



Documento assinado digitalmente
KATIUSCA TORRES MEDEIROS
Data: 07/05/2025 07:22:39-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ma. Katiusca Torres Medeiros (Avaliadora)



Documento assinado digitalmente
GIULIANA BARBOSA DA ROCHA
Data: 06/05/2025 21:15:33-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ma. Giuliana Barbosa da Rocha (Avaliadora)

DEDICATÓRIA

Claudia Lima

Dedico esta monografia a todas as pessoas que se encontram ou que, em algum momento, venham a se encontrar em situação de rua. Com esperança, desejo que possamos construir uma sociedade onde ninguém precise vivenciar essa realidade.

Kethylen Melo

Dedico este trabalho ao meu esposo Dayvison, minha família e amigos que sempre me incentivaram e acreditaram no meu potencial, mesmo quando eu não acreditava.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, que nunca me desamparou e esteve comigo em todos os momentos e fases da minha jornada, não apenas acadêmica, mas de vida.

Aos meus pais, Simony e Arlindo, que me criaram e me possibilitaram ter acesso aos estudos, coisa que eles próprios não tiveram.

À Cláudia do passado, que não se deixou abater diante de todas as dificuldades e obstáculos. Apesar de ter desacreditado de si mesma em diversos momentos, foi capaz de insistir e persistir com obstinação.

Aos professores que fizeram parte da minha formação, meu reconhecimento, em especial à minha orientadora, Ana Paula, cuja orientação foi essencial, tanto durante o estágio supervisionado quanto na elaboração deste trabalho.

Agradeço a todas as assistentes sociais da Unidade de Pronto Atendimento Lindbergh Farias (UPA Bancários) por me acompanharem durante o estágio na instituição e por compartilharem seus conhecimentos comigo. Da mesma forma, expresso minha gratidão à Assistente Social Ana Cristina Amaral, da Defensoria Pública da União, pelo mesmo e especial motivo.

Por fim, agradeço à minha parceira na realização deste trabalho, com quem compartilhei essa experiência e os desafios que fazem parte dela.

A todos, meu muito obrigada.

Claudia Lima.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por me dar força, sabedoria e saúde para concluir mais esta etapa da minha vida. Sou grata a Ele por me dar orientação e coragem para enfrentar meus anseios pessoais que me afastaram tanto da conclusão deste trabalho. Sem Sua graça, esta conquista não seria possível.

Aos meus pais, Andreza e Sebastião, pelo apoio e incentivo no começo dessa jornada. Obrigada pela criação e incentivo a educação desde minha infância. Sou extremamente grata.

Ao meu esposo, Dayvison, minha base e meu maior incentivador. Obrigada por me sustentar, ter paciência e compreensão em todos os meus desafios até aqui. Você sempre esteve ao meu lado me fazendo enxergar meu potencial e o quanto posso ir muito além. Obrigada por não ter deixado eu desistir dessa graduação.

À minha irmã, Sthefany, te agradeço por ser minha melhor amiga e também não deixar com que eu perca a fé que podia conseguir concluir essa etapa. Obrigada por ser tão incentivadora, você fez toda a diferença nessa trajetória.

Aos meus sogros, Fernando e Elenira, obrigada por serem como segundos pais para mim, me ajudaram em momentos difíceis durante essa trajetória. Sou muito grata por todo incentivo e apoio.

Aos meus amigos que me acompanharam nessa caminhada, seja com palavras de apoio, momentos de descontração ou incentivo nos momentos difíceis. A amizade de vocês fez toda a diferença nesse processo.

Aos professores e à orientadora Ana Paula, obrigada pela paciência conosco e por todos os ensinamentos.

À minha colega de trabalho, Cláudia, obrigada pela parceria e paciência em todos os processos até aqui, foi difícil a conclusão tendo em vista que conseguir concluir uma graduação quando se tem uma rotina puxada de trabalho, não é fácil. E nós conseguimos. Grata por todo o percurso.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste TCC, meu mais sincero agradecimento.

Kethylen Melo.

RESUMO

Este trabalho tem como tema a atuação de assistentes sociais na política de saúde, e como objeto de investigação o trabalho junto à população em situação de rua. O objetivo geral é identificar quais as particularidades do trabalho de assistentes sociais com a população em situação de rua. Para isto foi escolhido como método a revisão integrativa da literatura, realizada por meio da busca em bases de dados científicos, utilizando descritores relacionados ao Serviço Social e à população em situação de rua. Foram selecionados e analisados artigos publicados nos últimos dez anos, considerando critérios de relevância e qualidade metodológica. Os resultados apontam que o/a assistente social desempenha um papel fundamental na mediação do acesso a direitos e na construção de estratégias de inclusão social. No entanto, o estudo também evidencia desafios, como a precarização das políticas públicas e as dificuldades na articulação intersetorial. Além disso, verificou-se que há uma escassez de publicações sobre o tema, o que reforça a necessidade de mais estudos para aprofundar a compreensão da atuação dos/as assistentes sociais nesse contexto. Conclui-se que as particularidades do trabalho de assistentes sociais estão pautadas no vínculo com o usuário, no trabalho interdisciplinar, no Projeto Ético-Político da profissão, no acolhimento e nas condições de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social; População em Situação de Rua; Política de Saúde.

ABSTRACT

This study explores the role of social workers in health policy, with a specific focus on their work with the homeless population. The general objective is to identify the particularities of social workers' practice in this context. To achieve this, an integrative literature review was conducted by searching scientific databases using descriptors related to Social Work and homelessness. Articles published in the last ten years were selected and analyzed based on relevance and methodological quality criteria. The results indicate that social workers play a fundamental role in mediating access to rights and developing social inclusion strategies. However, the study also highlights challenges such as the precariousness of public policies and difficulties in intersectoral coordination. Furthermore, a scarcity of publications on the topic was identified, reinforcing the need for further studies to deepen the understanding of social workers' role in this setting. The study concludes that the particularities of social work in this context are based on building bonds with users, interdisciplinary collaboration, adherence to the profession's Ethical-Political Project, reception practices, and working conditions.

KEYWORDS: Social Work; Homeless Population; Health Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 –	Intersecção entre os Principais Motivos que Levaram à Situação de Rua (em %)......	23
FIGURA 2 –	Modalidades.....	37
FIGURA 3 –	Ações relacionadas ao território.....	39
FIGURA 4 –	Ações relacionadas ao grupo social.....	40
FIGURA 5 –	Eixos do trabalho de assistentes sociais.....	42
FIGURA 6 –	Amostra Final dos Estudos Seleccionados na Revisão.....	49

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 –	Quantitativo e Evolução das Pessoas em Situação de Rua no Cadastro Único no Nordeste – 2016.....	22
GRÁFICO 2 –	Principais Motivos que Levaram à Situação de Rua (Em %).	23
GRÁFICO 3 –	Quantitativo e Evolução dos Casos de Violência contra a PSR no SINAN.....	25
GRÁFICO 4 –	Distribuição por Base de Dados e Distribuição por Tipo de Produção Acadêmica (Em %).....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CADÚnico –	CADÚnico
CAPS-AD –	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CF/1988 –	Constituição Federal de 1988
CnaR	Consultórios na Rua
eCR –	Equipes de Consultórios na Rua
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA –	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOS –	Lei Orgânica da Saúde
MDHC –	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
PNAB –	Política Nacional de Atenção Básica
PNPSR –	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PSR –	População em Situação de Rua
SINAN –	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS –	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO –		15
CAPÍTULO 1 –	CONCEITOS, PRECONCEITOS E INFORMAÇÕES GERAIS RELACIONADAS À PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA.....	17
1.1 –	APONTAMENTOS SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL.....	19
CAPÍTULO 2 –	O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL E A QUESTÃO DA EQUIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	31
2.1 –	REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE.....	41
CAPÍTULO 3 –	ANÁLISE DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NOS CONSULTÓRIOS NA RUA: ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....	44
3.1 –	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
3.2 –	DESVELANDO AS PARTICULARIDADES DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS JUNTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS –		58
REFERÊNCIAS –		60

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso toma como tema o trabalho de assistentes sociais na política de saúde e como objeto, este trabalho junto à população em situação de rua. Neste sentido, seu objetivo geral foi de identificar quais as particularidades do trabalho de assistentes sociais com a população em situação de rua.

Neste sentido, o trabalho visa conhecer e refletir se os serviços de saúde ofertados e se a qualificação e técnica dos/as profissionais do Serviço Social superam a gama de situações constrangedoras e problemáticas que perpassam cotidianamente a vida destes indivíduos.

Para tanto, considera-se como hipótese que o trabalho de assistentes sociais com a população de rua tem como principal particularidade a insuficiência de serviços capazes de acolher especificidades do atendimento às necessidades desta população e, em virtude disto, está centrado no atendimento de necessidades imediatas.

O Serviço Social, como uma profissão de caráter sócio-político, crítica e interventiva, atua na análise e intervenção das múltiplas expressões da “questão social” que se reproduzem no conjunto de desigualdades sociais oriundas da sociedade capitalista. Amparado/a no Projeto Ético-Político Profissional tem o compromisso de contribuir para uma sociedade mais justa e democrática na garantia dos direitos universais presentes na Constituição Federal de 1988, tendo em vista que o trabalho do/a assistente social permeia diversas áreas da sociedade (saúde, assistência social, educação, habitação, previdência, etc), a fim de intervir de modo a contribuir com a efetivação e o acesso aos direitos dos usuários.

Durante a graduação das pesquisadoras, notou-se que a temática atrelada à população em situação de rua apresenta uma escassez de debate e estudo reflexivo, cuja lacuna somou-se às motivações pessoais no que tange, principalmente, ao incômodo com a desigualdade, preconceito, restrição, medo e julgamentos vivenciados por esta parcela da população que tem diversos direitos à vida e a própria cidadania negados historicamente, o que corroborou para o interesse em refletir sobre o tema.

Outrossim, é um trabalho com temática atual, que tem como relevância social dar visibilidade à temática da população em situação de rua e ratificar a necessidade

do trabalho de qualidade em saúde, voltado a esta população, que, no caso do Serviço Social, está pautado no preceito da qualidade, do respeito à diversidade e da não discriminação. Em termos de relevância acadêmica, busca-se contribuir com a produção acerca do trabalho de assistentes sociais com este segmento populacional, a fim de estabelecer estratégias de intervenção que considerem suas especificidades.

Ademais, em um cenário de restrições no que se refere ao financiamento de políticas públicas, de desproteção do trabalho e considerando a saída recente de um cenário pandêmico, no qual a população em situação de rua esteve mais exposta, considera-se urgente a necessidade de estudos e reflexões sobre o tema, assim como o desenvolvimento de estratégias que possam contribuir com o acesso a direitos e a cidadania por essa população.

Este trabalho está organizado em três capítulos, sendo o primeiro voltado à conceituação e caracterização geral da população em situação de rua, o segundo capítulo direcionado mais especificamente à política de saúde e ao trabalho de assistentes sociais nesta política, junto ao segmento populacional destacado, e o terceiro capítulo voltado à revisão integrativa desenvolvida, seguido das considerações finais.

CAPÍTULO 1 – CONCEITOS, PRECONCEITOS E INFORMAÇÕES GERAIS RELACIONADAS À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Definir a População em Situação de Rua (PSR) é uma tarefa complexa e desafiadora, pois envolve um fenômeno multidimensional e plural, repleto de nuances e características distintas ao passo que cada indivíduo nesta situação possui uma história de vida particular, ainda que possam existir pontos convergentes entre elas. Nesse sentido, “a multiplicidade de condições pessoais, a diversidade de soluções dadas à subsistência e à moradia são fatores que dificultam a formulação de conceitos livres de ambiguidades” (Rosa, 2005, p. 577).

Conforme explicitado por Cunha e Silva (2020, apud Gramajo *et al.*, 2023, p. 2), “[...] existem várias nomenclaturas que são comumente utilizadas para definir a População em Situação de Rua, e essas estão geralmente associadas a determinadas perspectivas, sejam elas sociais, econômicas ou políticas”.

Por conseguinte, a escolha de uma nomenclatura específica pode refletir diferentes visões sobre as causas, condições e possíveis soluções para a questão. Uma perspectiva focada na economia pode focar em termos que acabam destacando a falta de moradia devido à pobreza extrema, enquanto uma abordagem social pode enfatizar a exclusão e a vulnerabilidade social vivenciadas.

Assim, o uso de diferentes nomenclaturas não corresponde apenas a uma questão de significado da expressão, mas também de como se compreende e se aborda a situação da PSR, uma vez que são construções que se desenvolveram através da história, e acabam por refletir determinadas configurações de mundo.

Entre as expressões mais comuns estão “morador de rua”, “desabrigado” ou “mendigo”, contudo, o termo “pessoa em situação de rua” é o que tem sido destacado como mais adequado entre os estudiosos do tema. Tais terminologias atestam interesse e a tentativa de compreender o fenômeno. Contudo, enquanto produtos de processos históricos, também exprimem questões relativas aos contextos territorial, político, econômico e social em que foram construídas e podem retratar diversos preconceitos e estigmas constituídos (Rocha, 2021).

Ao abordar as diferentes conceituações sobre a PSR, a autora acima citada defende não ser possível a definição de um conceito universal, inclusive pela própria

heterogeneidade do segmento, e opta por dividir a discussão entre as variações da conceituação nos contextos internacional e nacional.

No que refere ao contexto internacional, destaca os estudos pioneiros de Snow e Anderson, publicados em 1998, os quais identificam o termo “desabrigo” e definem três dimensões do mesmo: a dimensão residencial, o apoio familiar e o valor moral. Os autores também categorizaram os indivíduos, dividindo-os em três perfis: “Recém-deslocados” (aqueles que buscam ajuda para deixar a rua), “Vacilantes” (que oscilam entre a rua e a moradia), e “Outsiders” (que aceitam a vida nas ruas e incluem subgrupos como andarilhos, mendigos e doentes mentais).

Nos Estados Unidos, a palavra comumente utilizada é “*homeless*” que significa “sem-teto”, e se refere a vários indivíduos, inclusive os que vivem em locais sem condições mínimas de habitabilidade. Inclui também aqueles que enfrentam desabrigo e que utilizam albergues ou dormem nas ruas. Tal nomenclatura, no entanto, leva em consideração apenas a dimensão da moradia (Rocha, 2021).

A respeito da discussão no contexto brasileiro, a autora lança mão de autores como Vieira; Bezerra; Rosa (1992), e destaca a maneira como os indivíduos se relacionam com as ruas, seja em uma relação circunstancial ou como um modo de vida. Portanto, relata a existência de três modos ou situações diferentes de estar nas ruas: primeiro como uma situação circunstancial, a qual evita-se a identificação como morador de rua, depois o estar na rua, que seriam os que passam a sobreviver nas ruas há pouco tempo e que identificam-se como desempregados e buscam alternativas de abrigo assim que surge a chance de realizar algum trabalho e obter renda, e o ser de rua, enquanto uma condição permanente, em que já se tem um processo de desgaste físico e mental em razão das condições insalubres de vida.

Neste trabalho, adotar-se-á a definição publicizada no decreto nº 7.053, de 2009, que instituiu a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR), definida, em seu Art. 1º, parágrafo único, 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, 2009).

Assim, considera-se tal definição a mais adequada para os objetivos deste trabalho, posto que aponta para a pluralidade de contextos vivenciados durante a trajetória de vida dessas pessoas, considerando aspectos como renda, vínculos familiares e/ou comunitários, bem como a utilização de entidades ou organizações de acolhimento para pernoite ou atendimento de necessidades básicas, indo além da mera ausência de moradia convencional e regular, incorporando diversas outras dimensões que interagem e podem levar uma pessoa à situação de rua.

Ademais, considera-se oportuno citar a perspectiva adotada por Quintão (2012) que, apesar de reconhecer o caráter multidimensional do fenômeno, argumenta que a expressão “População em Situação de Rua” seria inadequada, pois remete a algo passageiro, transitório, quando, na realidade, esta situação acaba por ser permanente para muitas pessoas.

Apesar de se compreender a argumentação do autor, compartilha-se do entendimento de autores como Silva (2009) e Fraga (2011) que consideram a condição de rua enquanto resultado da condição social produzida pelo processo de acumulação capitalista durante o percurso histórico, e que a palavra ‘situação’ utilizada na denominação deve ser interpretada como uma palavra que indique a possibilidade de saída das ruas, ao passo que também remove o aspecto pejorativo da denominação “morador de rua” que atribui à PSR uma identidade baseada unicamente na condição de rua.

Isso posto, far-se-á alguns apontamentos mais gerais sobre a PSR no Brasil, a fim de compreender o público objeto da intervenção profissional de assistentes sociais dentro do contexto das Equipes de Consultório na Rua (eCR).

1.1 Apontamentos sobre a População em Situação de Rua no Brasil

Entre as principais ações governamentais voltadas à população em situação de rua, tem-se a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR), de 2009 (Brasil, 2009) e o seu respectivo Comitê de Monitoramento. Posteriormente à PNPSR houve algumas iniciativas visando a inclusão da PSR, tais como o desenvolvimento de ações específicas dentro do “*Plano Brasil sem Miséria*”, com foco na moradia e acesso a direitos; e a inclusão desta enquanto grupo prioritário da Política de Assistência Social, no âmbito da proteção social especial, em 2011.

Como eventos significativos, citam-se os encontros nacionais da População em Situação de Rua que possibilitam espaços de discussão e participação política e mais especificamente, no âmbito da saúde, a criação dos Consultórios na Rua.

Segundo Hallais e Barros (2015), tal serviço foi pensado para melhorar a capacidade de resposta às necessidades da população em situação de rua, posto que a ausência de uma rede intersetorial bem estruturada dificulta o acesso e o atendimento de suas necessidades. Todavia, apesar dos avanços conquistados, a efetividade dos serviços ainda enfrenta desafios, como a insuficiência de recursos, a fragmentação das políticas entre os entes federados e a discriminação no acesso.

Para além da ausência de uma rede intersetorial bem estruturada entre os serviços e as políticas públicas existentes, há outras questões que perpassam a dificuldade no acesso às ações e serviços de saúde, dentre as quais pode-se citar o imaginário social que acaba por influenciar a atitude dos/as profissionais de saúde e a própria burocracia (Hallais; Barros, 2015).

Por sua vez, apesar de ser conhecido que dados quantitativos e qualitativos são essenciais para a elaboração de políticas sociais públicas, os Censos Demográficos realizados a cada dez anos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) não levam em consideração a PSR, visto que a metodologia escolhida pelo órgão abarca apenas a população domiciliada.

Isso posto, a única pesquisa em âmbito nacional focada na PSR até o momento foi divulgada em 2009, intitulada “*Rua aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua*”, realizada pelo Instituto Meta de Pesquisa e Opinião, nas cidades com mais de 300 mil habitantes, tendo sido considerados 48 municípios, 22 capitais e o Distrito Federal, dentre os quais estão excluídas da pesquisa as cidades de São Paulo, Porto Alegre, Belo Horizonte e Recife, devido a realização de censos locais.

Segundo dados da pesquisa citada, foram identificadas 31.922 pessoas maiores de 18 anos em situação de rua. No período pesquisado era predominante a existência de homens em situação de rua, em relação a mulheres, a população em geral era jovem, em idade economicamente ativa, e preta ou parda. Os principais motivos apontados pelos entrevistados foram: problemas com drogas, desemprego e desavenças familiares, e tais motivações aparecem frequentemente de forma correlacionada.

Dessa maneira, devido à ausência de dados oficiais recentes sobre a PSR, em 2023, foi realizado diagnóstico pelo Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), a partir de dados disponíveis em sistemas de registro administrativos e sistemas do governo federal (Cadastro Único, Sistema de Agravos de Notificação, Sistema de Informação em Saúde, entre outros) o qual verificou-se que em 2022, havia 236.400 pessoas em situação de rua inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais (CADÚnico), ou seja, pelo menos 1 em cada 1.000 pessoas no Brasil estava vivendo em situação de rua.

Em relação aos dados disponíveis na base de dados do CADÚnico, é importante salientar que ainda são restritos, considerando que nem todas as pessoas que vivenciam a situação de rua no Brasil estão necessariamente inscritas na base de dados. Essa restrição, traz como consequência a dificuldade em acessar diversos direitos que são objetificados através dos programas, projetos e serviços disponíveis no âmbito das políticas sociais públicas, incluindo-se, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que prevê, em seu art. 20: um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. Apesar disso, é inegável que se trata de um importante instrumento que possibilita o estudo dos perfis e necessidades da PSR, assim como o acesso aos direitos que estão disponibilizados, ainda que de maneira reduzida e longe do ideal.

Nesse sentido, em dezembro de 2022, 3.354 dos municípios brasileiros (representando 64% do total) tinham pelo menos uma pessoa em situação de rua cadastrada no Cadastro Único do Governo Federal. A Região Sudeste concentrava, na ocasião, 62% dessa população, com São Paulo se destacando como o estado com o maior número de pessoas em situação de rua, totalizando 95.195 indivíduos, dos quais 53.853 estavam na capital. O Distrito Federal possuía o maior percentual de PSR em relação à sua população total, com quase 3 pessoas em situação de rua para cada mil habitantes. Além disso, os dez municípios com o maior número de pessoas em situação de rua – São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Fortaleza, Curitiba, Porto Alegre, Campinas e Florianópolis – juntos concentravam 48% da população nacional nessa condição (Brasil, Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2023).

Em se tratando da região nordeste, até julho de 2023 havia 32.800 pessoas em situação de rua inscritas no Cadastro Único, e as capitais Salvador e Fortaleza juntas concentravam 14.530 mil pessoas, conforme verifica-se no gráfico disponível no Painel de Dados da População em Situação de Rua do MDHC:

GRÁFICO 1 – QUANTITATIVO E EVOLUÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO CADASTRO ÚNICO NO ESTADO DO NORDESTE – 2016 - JULHO 2023



Fonte: Brasil, Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, s.d., s.p.

Em relação ao perfil da PSR, o diagnóstico do MDHC apontou que em sua maioria são: homens (87,49%), adultos entre 30 e 49 anos (56,81%), pretos ou pardos (68,26 %), 90% sabem ler e escrever e 68% já possuíram em algum momento da vida, trabalho de carteira assinada. No Nordeste, a porcentagem da PSR que se identifica como preta ou parda sobe para 87,39%. Ademais, grande parte da PSR também não pratica a mendicância para sobreviver, e realiza serviços por conta própria, como catação de materiais recicláveis, principalmente, cujos dados vão ao encontro ao apresentado pelo Censo realizado em 2009.

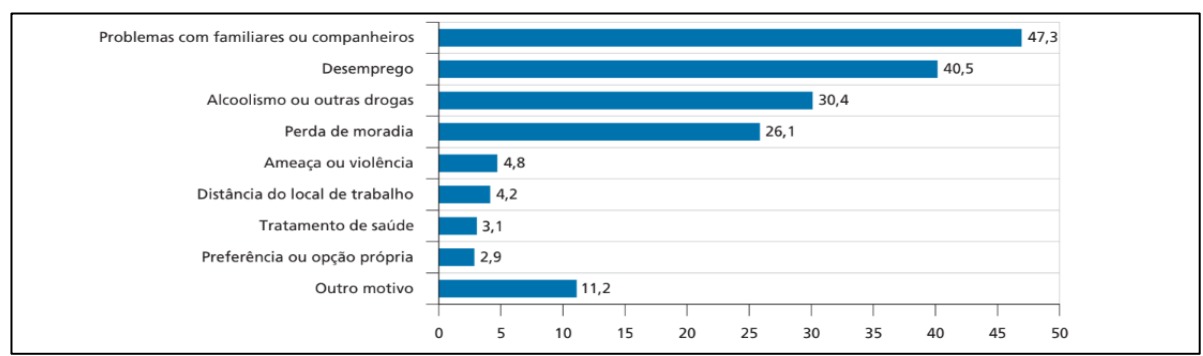
O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) também publicou estimativas sobre a PSR e a mais recente foi publicada em março de 2024 contando igualmente com dados do Cadastro Único. Segundo os dados publicados pelo Instituto, a maioria da PSR se declara preta ou parda (68%), do gênero masculino (87,5%), com idade média de 41 anos (57%) têm entre 30 e 49 anos.

Ainda segundo o órgão, é possível organizar as causas para a situação de rua em três dimensões. A primeira dimensão seria relativa à exclusão econômica, abarcando a insegurança alimentar, o desemprego e o *déficit* habitacional; a segunda

dimensão está associada aos vínculos familiares e/ou comunitários rompidos ou fragilizados; e a terceira dimensão está associada a problemas de saúde, principalmente aqueles relativos à saúde mental, incluindo-se nesse âmbito, a possível ocorrência do uso abusivo de drogas.

Nota-se no gráfico apresentado a seguir, que os motivos relativos à dimensão econômica e de vínculos familiares se sobressaem.

GRÁFICO 2 – PRINCIPAIS MOTIVOS QUE LEVARAM À SITUAÇÃO DE RUA (EM %)



Fonte: Natalino (2024. p. 20).

É comum, também, que os motivos apareçam conjugadamente, isto é, que as três dimensões apareçam em conjunto:

FIGURA 1 – INTERSECÇÃO ENTRE OS PRINCIPAIS MOTIVOS QUE LEVARAM À SITUAÇÃO DE RUA (EM %)

	Motivação econômica	Problemas com familiares ou companheiros	Motivos de saúde
Entre os que relatam motivação econômica	-	37	27
Entre os que relatam problemas com familiares ou companheiros	42	-	34
Entre os que relatam motivos de saúde	44	50	-

Fonte: Cadastro Único, ago. 2023.
Elaboração do autor.

Figura 1 – Interseção entre os principais motivos que levaram à situação de rua (em %) Fonte: Natalino (2024, p. 21).

Conforme pode-se observar na Tabela 1, entre os que relataram fatores econômicos como motivação para estar na situação de rua, 37% citaram problemas de ordem familiar e 27% indicaram motivos de saúde. De maneira semelhante, entre os que relataram problemas com familiares, 42% citaram motivações econômicas e

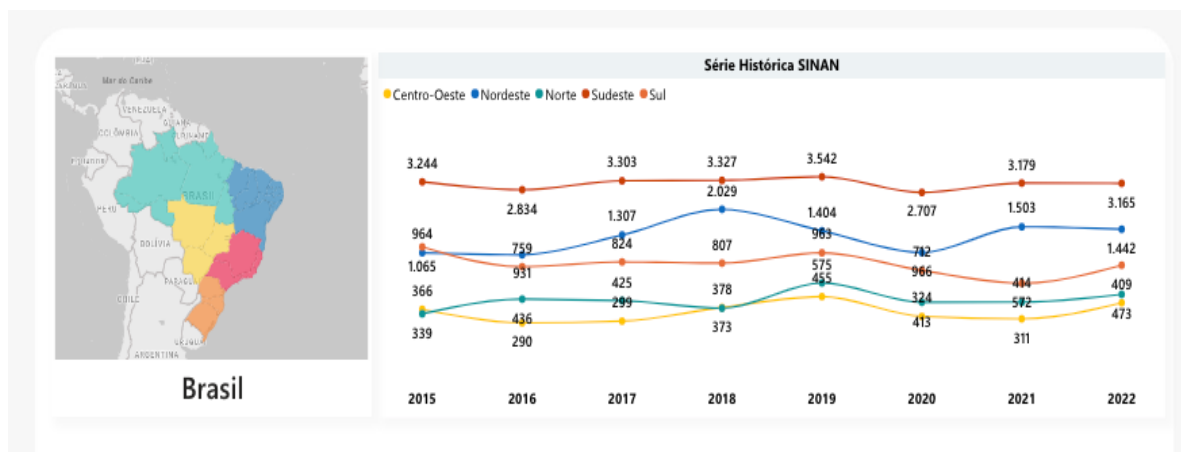
34% motivações de ordem da saúde. Entre os que relataram problemas de saúde, também houve relato de motivação econômica (44%) e problemas familiares (50%). Tais dados reforçam o entendimento de que não se pode tratar a questão exclusivamente a partir da ausência de moradia, uma vez que existem diversos outros problemas associados que devem ser levados em consideração.

Outro aspecto considerado relevante para a discussão refere-se à evolução no acesso a políticas públicas. De acordo com os dados publicizados, de 2017 a 2022 houve um aumento de 227 para 246 Centros POP ao redor do País, um aumento de menos de 10% no período de 5 anos. Sobre as Equipes de Consultório na rua (eCR), verifica-se um aumento de 142 equipes em 2015 para 259 equipes em 2022.

Em relação às violências sofridas pela PSR, ao se analisar os dados disponibilizados no diagnóstico publicizado pelo MDHC, a partir dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), verifica-se que houve aumento de 5% no período de 2015 a 2022, e que as principais vítimas são, em geral, homens negros, de 20 a 39 anos, em plena capacidade produtiva. Chama a atenção também o dado de que 40% das violências notificadas em 2022 foram cometidas contra mulheres, ainda que elas somem 13% da população em situação de rua, uma porcentagem bem menor que a masculina.

Ao observar os dados separados por regiões do Brasil, observa-se que a Bahia figura em 3º lugar no ranking de violência, com 5.390 notificações, atrás apenas dos estados de São Paulo (11.413 notificações) e de Minas Gerais (10.922 notificações). Verifica-se ainda uma discrepância: enquanto houve aumento de 50% no número de notificações realizadas na região Nordeste, no Sul do País tem-se uma queda de 27%, conforme pode-se observar no gráfico a seguir.

GRÁFICO 3 – QUANTITATIVO E EVOLUÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A PSR NO SINAN – 2016 - JULHO DE 2023



Fonte: Brasil, Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, s.d., s.p.

Tais dados chamam a atenção para a completa desproteção e violação experienciadas pela PSR, e isso sem considerar questões como subnotificação. Nesse sentido, é importante considerar que para a ocorrência de tais situações de violência, corrobora outro aspecto que faz parte do cotidiano de vida da PSR: o processo histórico de estigmatização que vivencia. Assim, o estigma associado à população em situação de rua reflete um processo profundo de exclusão social e desrespeito, evidenciado pela ausência de reconhecimento e pela marginalização cotidiana.

Goffman (1988) define estigma como uma “marca” que reduz o *status* do portador. Segundo ele, historicamente, o termo estigma foi criado pelos gregos e referia-se a sinais corporais usados para denotar *status* moral negativo, surgindo de uma discrepância entre a identidade social virtual, que é o julgamento da sociedade, e a identidade real do indivíduo. Portanto, termos como “mendigo” ou “cracudo” não apenas reforçam a marginalização, mas também são amplificados pela mídia, associando a população em situação de rua a comportamentos negativos e locais perigosos.

Segundo o autor supracitado existem três tipos de estigma, o primeiro tipo remete às abominações do corpo; em segundo lugar estão as culpas de caráter individual; e em terceiro, os estigmas de raça, nação e religião. O estigma sofrido

pelas pessoas em situação de rua, por sua vez, está classificado dentro do segundo tipo, na medida em que são estigmas ligados à ação individual, enquanto uma fragilidade do caráter na incapacidade ou falta de força de vontade de conseguir emprego. Ao estigmatizar aqueles que fogem à norma padrão, há uma confirmação desta. (Goffman, 1988).

Na visão de Brito e Silva (2022, p. 152), tais acepções estigmatizantes alimentam barreiras e distanciamento entre a PSR e a população em geral, aumentando o desconhecimento e atitudes de preconceito, desprezo, hostilidade e perversidade contra ela, conforme noticiado frequentemente pela mídia que, por sua vez, tem um importante papel na disseminação da ideologia dominante na sociedade capitalista, que perpassa discursos de meritocracia e responsabilização individual, com suposta edificação moral pelo trabalho.

Desta forma, o discurso propagado pela ideologia dominante e absorvido pela sociedade está também esvaziado do caráter processual e histórico do fenômeno população em situação de rua; quando este é, na realidade, produto do desenvolvimento capitalista, pois, conforme Fraga (2011), durante o processo de acumulação primitiva estudado por Marx, os camponeses foram expropriados de suas terras e lançados à “liberdade”, isto é, tornaram-se trabalhadores livres a serem absorvidos pelo capital e, por conseguinte, foram obrigados a vender a sua força de trabalho, enquanto a única coisa que possuíam em troca dos meios necessários a sua subsistência, na forma de salário.

Assim, segundo a autora citada, o capitalismo necessariamente precisa que a propriedade dos meios de produção esteja separada da força de trabalho, pois é através do trabalho excedente ou não pago que o lucro é produzido, conforme demonstrou Marx em seus estudos.

A gênese do modo de produção capitalista e do surgimento do fenômeno população de rua encontra-se, portanto, na separação dos principais sujeitos do processo de produção capitalista. De um lado o capitalista, proprietário do capital e dos meios de produção e de outro o trabalhador que dispõe apenas de sua força de trabalho que deve ser vendida para que este consiga sobreviver. O capitalista lucra, portanto, a partir desta expropriação dos trabalhadores de seus meios de produção e de subsistência, deixando-os apenas com sua força de trabalho a ser vendida em troca de dinheiro o qual será usado para comprar no mercado os meios para sua subsistência e de sua família (Fraga, 2011, p.16).

Uma vez que a indústria não podia integrar todo o contingente de pessoas que estava disponível, o que deixou grande parcela desempregada ou obrigada a aceitar alocação no mercado informal em prol da sua sobrevivência, além daqueles que por deficiência, ou não aceitação das rotinas exaustivas, coercitivas e das péssimas condições de trabalho, restou a busca pela sobrevivência nas ruas das cidades.

Sendo assim, ainda segundo Fraga (2011) e outros autores como Silva (2009), o fenômeno população em situação de rua deve ser visto enquanto produto do desenvolvimento capitalista e pertencente ao grupo de trabalhadores excedentes ao capital, isto é, essa superpopulação relativa descrita por Marx, que serve ao capital mantendo uma reserva de trabalhadores disponíveis para tarefas menos desejáveis e mal remuneradas, o que, por sua vez, ajuda a pressionar os salários para baixo e manter o controle sobre a classe trabalhadora. Com o crescimento do neoliberalismo e a consequente diminuição do papel do Estado nas políticas sociais e crescente desproteção social e do trabalho, cada vez mais pessoas são empurradas para a extrema pobreza e em casos ainda mais extremos para a situação de rua.

No que se refere ao contexto brasileiro, é amplamente conhecido que o país foi fundado com base na exploração de africanos escravizados. Nesse sentido, apesar da existência de pessoas em situação de rua ser mencionada no cenário internacional desde a Grécia Antiga, onde há registros de pessoas vivendo nessa situação (Cunda; Silva, 2020), no Brasil, junto a chegada de imigrantes vindos de países da Europa em busca de trabalho, a libertação progressiva dos escravizados e, posteriormente, com a abolição definitiva, o número de indivíduos nessa condição aumentou, uma vez que muitos ex-escravizados, desprovidos de trabalho, passaram a integrar o grupo de pessoas que já viviam nas ruas (Andrade, Costa; Marquetti, 2014).

Segundo Florestan Fernandes (2006), a sociedade brasileira se estruturou sobre um modelo excludente, no qual a integração social e econômica das massas populares nunca foi um objetivo real. E mesmo após a abolição da escravidão em 1888, a herança escravocrata permaneceu ativa nas dinâmicas sociais e econômicas. Os negros libertos e seus descendentes foram deixados à margem da sociedade, sem acesso à educação, terra ou emprego formal, perpetuando sua condição de pobreza e exclusão. Dessa forma, a abolição da escravidão foi incompleta e conservadora, não promovendo a integração dos ex-escravizados como cidadãos plenos, o que contribuiu para a formação de uma classe marginalizada.

As leis abolicionistas, segundo Rocha (2021), são uma clara evidência da indissociabilidade existente entre população em situação de rua e questão racial no Brasil, uma vez que foram progressivamente “libertos” e lançados à própria sorte nas ruas, sem nenhuma proteção por parte do Estado:

Os negros que optaram por buscar oportunidades nas lavouras de café não conseguiram devido aos fazendeiros se recusarem a pagar pela mão de obra negra. Pois os fazendeiros preferiram divulgar, no exterior, notícias com promessas de empregos para lavouras e pequenas indústrias para captar mão de obra estrangeira. Atraídos pelas promessas de emprego, grande quantidade de imigrantes chegou ao Brasil para ocupar postos de empregos formais. Quando os negros foram obrigados a procurar as ruas e se isolar em regiões periféricas das cidades (Rocha, 2021, p.34).

Dessa maneira, é possível argumentar que o estigma sofrido pela PSR transcende o aspecto da culpa individual, ao passo que se enquadra também no terceiro tipo proposto por Goffman: os estigmas de raça, nação e religião. Conforme os dados do próprio MDHC apontam, a maioria esmagadora da PSR no Brasil (68%) e especialmente no Nordeste (87,39%) é composta por pessoas negras e pardas. Essa realidade não é coincidência, mas um reflexo da violência estrutural e do racismo que marcam a formação social brasileira. A abolição incompleta da escravidão, que lançou a população negra à própria sorte sem qualquer política de integração, e as políticas de branqueamento que incentivaram a imigração europeia em detrimento da mão de obra nacional, são a gênese de um processo de exclusão que empurra, até hoje, majoritariamente corpos negros para as ruas. Dessa forma, o estigma sofrido pela PSR não é apenas sobre a percepção da sociedade sobre o suposto 'fracasso' individual, mas sobre uma marca racial e social historicamente construída.

Autoras como Simone Monteiro e Wilza Villela (2013), ampliam o debate sobre estigma, especialmente no campo da saúde, e analisam o tema como um processo social gerador de iniquidades, que opera como uma barreira concreta no acesso aos serviços disponíveis. Nessa perspectiva, as autoras entendem o estigma enquanto um processo social diretamente ligado às relações de poder e a processos estruturais de desigualdade, como gênero, raça e classe social. Assim, o estigma opera ativamente na produção de iniquidades, manifestando-se como uma barreira que dificulta o acesso à prevenção e aos cuidados em saúde. O que se observa é que um conjunto de desigualdades sociais, ao atuar sobre um grupo, é naturalizado e passa a ser erroneamente interpretado como um atributo negativo individual. Portanto, o

estigma deixa de ser apenas uma "marca" e revela-se como um dispositivo social de produção e reprodução de exclusão, configurando uma forma de violência estrutural que impede a plena efetivação do direito à saúde.

Essa materialização do estigma como um dispositivo de controle e exclusão é visível na trajetória histórica do Brasil. Conforme analisam Strapasson e Pamplona (2014), por muito tempo o Brasil tratou o problema das pessoas que sobrevivem nas ruas utilizando-se de um viés punitivista, e ao longo desse tempo houve várias legislações nesse sentido. As leis criminais do Império, de 1830, conforme exemplificam os autores, possuíam capítulo denominado Vadios e Mendigos, no qual definia que aqueles que não tivessem um trabalho considerado honesto, seriam advertidos e presos em determinado prazo. Além disso, quem tivesse condições de realizar qualquer trabalho, e fosse pego fingindo doença, ou estivessem reunidos em grupos a partir de quatro pessoas (com algumas exceções) também seriam presos. Era proibido, ainda, o ato de pedir esmolas, a depender do local ou da situação.

A tratativa do Estado, como indicam os autores, segue com o mesmo viés até a Constituição Federal de 1939, quando há uma mudança pontual, uma vez que indicava o direito de prover a própria subsistência e a de sua família, contudo, indicava a responsabilidade do Estado em amparar aqueles que estivessem em situação de indigência por falta de emprego. Ainda assim, aqueles que estivessem entregues ao ócio por escolha, seguiriam sendo punidos.

Ainda segundo os autores, a alteração de viés só passou a acontecer a partir da Constituição de 1988 que trouxe mudanças significativas no reconhecimento e na proteção dos direitos das pessoas em situação de rua, ao estabelecer fundamentos como cidadania e dignidade e objetivos como a erradicação da pobreza e a redução das desigualdades. Influenciada por tratados internacionais de direitos humanos, reforçou a assistência social como parte integrante da seguridade social, voltada à universalização de direitos.

Avanços legislativos importantes incluem a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e sua ampliação em 2005, com a inclusão de programas específicos para pessoas em situação de rua, marcando o início de políticas federais voltadas a esse grupo, conforme explanado anteriormente.

A LOAS, especificamente, é um destaque importante no que se refere às políticas sociais públicas, especialmente quando se discute os direitos da PSR e

considerando a instituição do BPC. A instituição desse benefício é importante, pois ele materializa o princípio da dignidade da pessoa humana ao assegurar os chamados "mínimos sociais". Para populações em extrema vulnerabilidade, como a população em situação de rua, o acesso a essa renda, ainda que repleto de barreiras burocráticas, significa a possibilidade de subsistência para além da sobrevivência imediata, representando um ponto de apoio fundamental para a reconstrução de projetos de vida e o exercício da cidadania.

Dessa maneira, realizado essa primeira aproximação sobre a população em situação de rua, passaremos para o próximo capítulo, no qual será abordada a questão da política de saúde voltada ao segmento populacional em tela de modo a especificar como se realiza o trabalho de assistentes sociais com esta população.

CAPÍTULO 2 – O TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL E A QUESTÃO DA EQUIDADE NA POLÍTICA DE SAÚDE PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Com o desenvolvimento do capitalismo e a urbanização crescente, há a consequente conscientização da classe trabalhadora como classe para si, originando-se e intensificando os conflitos de classe em torno das expressões da “questão social” e dos processos de exploração, mais-valia, expropriação e exclusão social vivenciados cotidianamente pela classe trabalhadora em torno de questões como ausência de direitos sociais básicos, tais como: educação, moradia, trabalho, lazer, saúde, etc.

Nesse contexto, a População em Situação de Rua (PSR) se caracteriza por sofrer historicamente com essa exclusão social, apartada dos direitos humanos básicos e suscetível à invisibilidade social. Assim é que a PSR “foi tratada historicamente por mendicância, vadiagem ou indigência, [...] de tempos em tempos, eclodem ações de violência contra a PSR em uma espécie de limpeza das cidades, que expulsam essa população para espaços invisíveis” (Paiva, 2016, p. 2596).

Dessa forma, segundo Paiva (2016), o Estado utiliza de força opressora para punir essa população, como exemplo: confisca seus poucos pertences, separa famílias ao tomar seus filhos, apreende documentos, desmonta barracos precários e impõe obstáculos à existência da PSR. Essas práticas fazem com que a PSR seja uma problemática social que representa as contradições presentes na sociedade capitalista e que exige do Estado medidas de intervenção a fim de identificar e atuar nas necessidades sociais dessa população garantindo seus direitos universais presentes na Constituição Federal de 1988, e um desses direitos é o da saúde.

Este capítulo tem como objetivo abordar a política de saúde para a população em situação de rua, assim como a questão da equidade. Para isso, considera-se fundamental, primeiramente, refletir sobre a percepção desses indivíduos em relação à saúde de forma geral.

Uma pesquisa apresentada na tese de Fraga (2015) com dez entrevistados em situação de rua realiza vários questionamentos que corroboram com os objetivos deste trabalho. Através das inúmeras falas apresentadas pelos sujeitos em questão,

constata-se que “a saúde para estes não é considerada apenas como a ausência de doenças, mas sim, enquanto o resultado de um conjunto de determinantes de ordem diversa” (Fraga, 2015, p. 123), além disso, “relaciona-se diretamente à forma como a sociedade acessa a alimentação, o sistema sanitário (água e esgoto), educação, moradia, trabalho e renda, lazer, entre outros” (Fraga, 2015, p. 123), considerando-se os Determinantes Sociais de Saúde que condicionam o processo saúde-doença.

[...] à reflexão acerca do que é saúde requer, portanto, a compreensão da totalidade que a envolve e permeia, o que por sua vez, remete à impossibilidade da Política de Saúde em “dar conta” da saúde de forma isolada. A atenção à saúde requer, portanto, ações intersetoriais, na medida em que, partindo-se da concepção ampliada de saúde, faz-se impossível concebê-la sem a integração e articulação com as demais políticas sociais.” (Fraga, 2015, p. 124).

Ou seja, para compreender a concepção ampliada de saúde, especialmente no contexto dessa população, é essencial analisar a totalidade de sua realidade e os diversos fatores que a influenciam. Diante disso, a Política de Saúde deve desenvolver estratégias que considerem a integração com outras políticas sociais, indo além da assistência puramente médica, o que gera uma série de desafios.

Em termos gerais, a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) prevê no artigo 196 que,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Além de legitimar a saúde como direito de todos e dever do Estado, a Constituição Federal traz como atribuições a construção de uma sociedade mais justa e sem discriminação de raça, sexo, cor, classe social, etc. a fim de eliminar a pobreza e marginalização. Para isto, se faz necessária “a formulação de políticas públicas, sociais e econômicas abrangentes, tendo em vista a redução de riscos de doenças, agravos e vulnerabilidades sociais” (Nascimento, 2019, p. 30).

No que diz respeito à saúde, um dos principais desafios é garantir serviços que promovam a cidadania, especialmente diante da profunda desigualdade social no país. Esse desafio se torna ainda maior quando se trata da população em situação de rua, cuja própria existência expõe as contradições de uma sociedade que reconhece

a saúde como um direito constitucional, mas falha em assegurar seu acesso de forma equitativa.

Com a CF/1988, e para garantir o direito à saúde, foi feita a proposta de criação do SUS, aprovada nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), Lei 8080/90 e Lei 8142/90. O SUS tem como princípios básicos a universalização, equidade e integralidade. E é,

[...] uma política de Estado que tem por base uma noção ampliada de saúde, este passa a expressar-se por princípios (valores), diretrizes (políticas organizativas) e dispositivos jurídicos (leis e normas) que guiam, esclarecem e determinam a direção das ações governamentais.” (Teixeira 2008 *apud* Nascimento, 2019, p.31).

Em relação à PSR, a principal legislação brasileira direcionada à atenção à saúde é a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), instituída pelo Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009 (Brasil, 2009), tendo como princípios 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 e o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência (Brasil, 2009)

A Política Nacional de Atenção à População em Situação de Rua representa uma conquista significativa do movimento organizado e um importante avanço. Além de buscar uma definição que abranja a complexidade dos fatores que levam um indivíduo a viver em situação de rua, a política também propõe diretrizes para o incentivo à pesquisa, ações educativas e mecanismos que garantam o acesso dessa população a direitos fundamentais, como saúde, educação, previdência e assistência social, conforme assegurado pela Constituição de 1988.

Para além disso, em conformidade com o apresentado por Brito e Silva (2022), a PNPSR trouxe ainda a proposição de adoção de ações intersetoriais para reintegração às redes familiares e com a comunidade, além da ampliação do acesso aos direitos que foram garantidos a partir da Constituição Federal de 1988, tais como o direito à cidadania, representando um grande marco legal para a PSR.

No entanto, a escassez de dados disponíveis compromete a implementação efetiva da PNPSR, pois a formulação e execução de políticas eficazes dependem de

informações abrangentes, confiáveis e capazes de refletir a diversidade e a complexidade das necessidades dessa população.

Em nota, o Ministério de Saúde relata que a saúde está entre os objetivos da Política Nacional para a População em Situação de Rua, com intuito de assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, como também em criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços (Brasil, s.d., s.p.)

Assegurar este acesso a essa população e pensar em políticas públicas que sejam efetivas na dinâmica que a rua abrange é um grande desafio. Dessa forma, “o desafio sanitário de promover acesso e prestar atenção à saúde em um grupo tão heterogêneo, marcado por estigma, preconceito e dificuldade de acessar os serviços de saúde, está colocado.” (Nascimento, 2019, p. 35).

Além disso, “[...] a conquista do direito à saúde envolve, além do acesso aos serviços e ações de saúde, em todos os níveis de atenção, outros direitos que dependem de políticas para além do setor saúde a fim de serem efetivados”. (Goldschmidt, 2016, p. 71).

Ao resgatar os princípios básicos do SUS – universalidade, integralidade e equidade –, é possível refletir ainda mais esse desafio posto, e correlacionar com o que Fraga (2015) traz em suas contribuições, que é a grande necessidade de analisar a totalidade que permeia a saúde, sendo impossível atendê-la de forma isolada.

Segundo Goldschmidt (2016), a universalidade garante o acesso universal à saúde, dessa forma, todos os indivíduos pertencentes à sociedade brasileira, independente de qualquer condição, têm o direito à saúde integral, garantida em todos os níveis de cuidado à pessoa humana. A integralidade, é entendida segundo a autora, como uma ação em múltiplos planos, para que o cuidado aconteça, sendo assim, o cidadão tem o direito de escolher a forma de cuidado. Já a equidade, para a mesma, é o princípio mais difícil de garantir, tendo em vista a imensa desigualdade social no Brasil.

Um importante questionamento da autora é “[...] o que significa garantir o direito de todos à saúde de forma igual, se os cidadãos (ou as populações) são sujeitos que possuem necessidades diferentes?” (Goldschmidt, 2016, p. 72). Essa pergunta traz a reflexão sobre as marcas históricas da desigualdade social que impactam uma série

de elementos na sociedade, como renda, classe social, gênero, raça, cultura, etc. Essa desigualdade afeta principalmente as populações em maior vulnerabilidade social, como é o caso da população em situação de rua que está à margem da sociedade.

Para enfrentamento de questões desiguais no acesso universal, tem-se a equidade que é um princípio que leva em consideração as desigualdades e diferenças, além disso,

A noção de equidade se articula à noção de justiça social, uma vez que prevê uma maior distribuição de recursos e de poder, bem como o reconhecimento de necessidades diferentes das pessoas e grupos populacionais. A equidade é o princípio mais difícil de garantir, pois depende da definição das necessidades de grupos populacionais específicos. E o que as definiria? Diante da diversidade dos povos que vivem no Brasil, com culturas e modos bem diferentes de levar a vida, é necessário que os profissionais de saúde tenham sensibilidade para avaliar cada situação, com um olhar humanizado e livre de preconceitos e pré-julgamentos. Todos nós temos o direito de levar a vida da maneira que desejarmos e julgarmos ser o melhor para nós, desde que respeitando o direito do outro de fazer o mesmo (Goldschmidt, 2016, p. 72).

Na sociedade capitalista, é exacerbada a desigualdade social, marcada pela grandeza de uns e a miséria de outros, e isto “determina a existência de desigualdades absolutas e relativas, as primeiras ligadas à significativa diferença de renda entre pessoas ou entre grupos sociais; a segunda, associando a essa dimensão as demais condições de vida” (Barros, 2016, p. 12).

Essas desigualdades estão relacionadas com situações que envolvem casos de injustiça, devido às desvantagens presentes a populações em vulnerabilidade, demarcando os níveis de segregação existentes que, segundo os autores, decorrem da forma de organização e modo de produção da sociedade, e se configura como iniquidade. As iniquidades “constituem diferenças que, além de evitáveis, são também injustas” (Whitehead, 1992 *apud* Barros, 2016, p. 12)

Dessa forma, ao falar sobre o conceito de equidade, deve-se considerar múltiplas facetas,

O melhor é vê-la como um conceito multidimensional que inclui aspectos relacionados ao nível de saúde que se tem e à possibilidade de se obtê-la, e não apenas com a distribuição do cuidado sanitário. Inclui a justiça dos processos e, por conseguinte, deve-se atentar para a ausência de discriminações na prestação da assistência. Ademais, um bom compromisso com a equidade em saúde necessita, também, que as considerações sobre a saúde sejam integradas a temas mais amplos de justiça social e de equidade

global, com especial atenção sobre a versatilidade dos recursos e as diferenças de alcance e de impacto dos diferentes acordos sociais. (SEN, 2002 *apud* BARROS, 2016, p. 12).

No contexto do SUS, ao considerar a equidade como princípio fundamental, é crucial incorporar esse conceito na elaboração de políticas públicas eficazes, com o objetivo de promover a justiça e assegurar que a saúde seja reconhecida como um direito universal, sem qualquer distinção. Segundo Barros (2016), no SUS, a iniquidade ainda subsiste devido a fatores como “desinformação, associada aos diferenciais de escolaridade, ou ainda da deformação em determinadas políticas públicas.”

Considerando a relevância desses princípios para a criação e implementação de políticas públicas, o tema "população em situação de rua" revela uma grande complexidade, dada a dificuldade de desenvolver e executar políticas que atendam adequadamente todas as pessoas nessa condição. Esse cenário destaca o fato de que a primeira legislação voltada a essa população só foi implementada em 2009, completando apenas 15 anos de vigência, o que evidencia o desafio persistente nessa área.

Os serviços de saúde destinados a essa população devem seguir os objetivos estabelecidos na PNPSR, conforme descrito no artigo 6º que destaca a importância de garantir um acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde. Esse objetivo é fundamental para os profissionais da saúde, pois exige que eles adaptem os serviços de forma a facilitar o acesso dessa população, promovendo a inclusão e desburocratizando os processos para uma efetiva assistência.

Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, foi criada, e,

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2011).

Os Consultórios na Rua (CnaR), foram instituídos pela PNAB buscando atuar frente a problemas e necessidades de saúde da PSR. Em 2004, o Consultório na Rua

era vinculado à área de saúde mental, junto ao Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD). Atualmente é parte integrante da Atenção Básica após a PNAB, após muita luta dos movimentos sociais em prol da PSR para receberem cuidado integral em saúde.

Esses consultórios são formados por equipes multiprofissionais, e suas ações devem estar integradas às Unidades Básicas de Saúde, ao CAPS, Serviços de Urgência e Emergência e demais serviços voltados à saúde.

[...] os CnaR lidam com problemas diversos e se propõem a acompanhar as necessidades de saúde dessa população, inclusive na busca ativa de cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas [...] de acordo com a necessidade do usuário. (Nascimento, 2019, p. 39).

Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) introduziu a estratégia dos Consultórios na Rua, com o objetivo de ampliar o acesso de populações em situação de vulnerabilidade à rede de atenção integral à saúde. As equipes multiprofissionais dos Consultórios na Rua, “lidam com diversos problemas e necessidades de saúde apresentados pela população em situação de rua, incluindo a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas” (Medeiros, 2018, p. 755-756).

Em relação a suas atividades, funcionam “[...] desempenhando atividades *in loco*, de forma itinerante, podendo realizar atendimentos na rua, nas unidades de saúde ou em outros locais dentro da sua área de atuação.” (Medeiros, 2018, p. 756).

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou um Manual sobre o cuidado à saúde junto à População em Situação de Rua, como um marco na atenção à saúde dessa população, pretendendo ampliar seu acesso e qualidade nos serviços. Tendo em vista a exposição da PSR às vulnerabilidades sociais postas na realidade, os desafios para o enfrentamento e efetivação de políticas de saúde para estes indivíduos, se torna ainda mais complexo.

Dessa forma, segundo o Manual, o acolhimento e abordagem são de extrema relevância para o cuidado de saúde desses indivíduos, já 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 e, quando muito, apenas é atendido nas emergências” (Ministério da Saúde, 2012, p. 39).

Ou seja, esta população enfrenta historicamente uma série de barreiras para acesso aos serviços de saúde. Como exemplos trazidos no Manual, há a demora na marcação de consultas especializadas, os horários de consultas às vezes não compatíveis com os horários de sobrevivência nas ruas, há a falta de habilidade para os/as profissionais trabalharem com a população em situação de rua, etc.

De acordo com o “*Manual sobre o cuidado à saúde junto à População em Situação de Rua*”, publicado em 2012, as equipes dos CnaR, podem ter três modalidades:



Figura 2 – Modalidades

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2012, p.13)

Os profissionais que compõem as equipes do Cnar são: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal. O agente social, será considerado equivalente a profissional de nível médio (Brasil, 2012).

Segundo Souza (2023, p. 44), os consultórios de rua devem configurar-se “como a principal porta de entrada dessa população para a rede de serviços [...], tendo a função de ordenamento da rede, inserindo o atendimento das pessoas em situação de rua nos mais variados espaços do SUS e de outras políticas públicas.”

É necessário que os profissionais de saúde executem abordagem diferenciada, com estratégias e ferramentas específicas para a PSR. De acordo com o “*Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua*”, muitas vezes, “[...] as pessoas nessa situação enfrentam dificuldades de acesso aos equipamentos públicos de saúde [...] por inúmeras razões, incluindo falta de documentação, fragilidade de vínculos ou ausência de domicílio” (Brasil, 2023)

Além disso, essas pessoas estão sujeitas a riscos de doenças, devido “[...] à exposição a violências, insegurança alimentar e nutricional, hipotermia, desidratação,

condições precárias de acesso a medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento.”
Ainda segundo o Manual,

[...] é preciso reconhecer quem é essa população em situação de rua, por meio de diagnósticos, censos, cartografias, mapeamento de área, ou seja, diferentes nomes e mecanismos para que a equipe de saúde possa identificar quem são as pessoas em situação de rua, onde elas costumam ficar, como se relacionam com a comunidade, os serviços públicos e estabelecimentos privados, como acessam os programas assistenciais, quais são as dificuldades que apresentam, quais os recursos comunitários disponíveis e que parcerias intersetoriais e interinstitucionais podem ser firmadas (Brasil; Ministério da Saúde, 2012, p. 33).

É necessário que os/as profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de saúde a essa população levem em consideração além dos fatores biológicos, os condicionantes e determinantes sociais do processo saúde-doença, além da subjetividade dos sujeitos, sempre priorizando as diretrizes do SUS, principalmente a questão da equidade, retratada neste capítulo, para produção de uma saúde integral efetiva.

O Manual publicado em 2012, cita alguns pontos importantes para auxiliar o profissional de saúde no atendimento à PSR, sendo eles:

- Concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção de saúde e no resgate da qualidade de vida, com intervenção nos fatores que a colocam em risco;
- Incorporação das ações programáticas, incluindo acesso às redes sociais;
- Desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Consciência dos aspectos que condicionam e determinam um dado estado de saúde e dos recursos existentes para sua prevenção, promoção e recuperação;
- Para a organização desse modelo, é fundamental que sejam pensadas as “linhas do cuidado” (da criança, do adolescente, do adulto, do idoso etc.);
- O trabalho em equipe é um de seus fundamentos mais importantes (Brasil; Ministério da Saúde, 2012).

Ainda apresenta que a equipe voltada a essa população deve ter um olhar focado em um tripé: Território; 2. Grupo Social, 3. Singularidade do sujeito;

O **território**, deve-se reconhecer o contexto no geral, como suas variáveis sociais, culturais, sanitárias, demográficas, etc. Alguns pontos importantes são retratados na figura a seguir:

- Forma como a população em situação de rua circula no território;
- A relação da comunidade com essa população;
- Características geográficas, econômicas e sociais;
- Aspectos históricos e políticos;
- Divisão administrativa;
- Condições de vulnerabilidade e violência;
- Condições sanitárias e ambientais;
- Determinantes de saúde e doença;
- Cultura local;
- Equipamentos existentes no território (governamentais e não governamentais).

Figura 3 – Ações relacionadas ao território

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2012, p. 35)

Em relação ao **grupo social**, é importante frisar o reconhecimento por parte da equipe multiprofissional de que essa população teve historicamente seus direitos negados, vivendo em uma conjuntura de exclusão social.

E também notar a **convivência grupal** dessas pessoas que compartilham da mesma experiência e observar a singularidade do sujeito, considerando todos os aspectos subjetivos que contribuem para construir a identidade. Alguns pontos para análise devem ser observados, como:

- História de vida do sujeito;
- Vínculos familiares;
- Queixas e demandas principais de saúde;
- Potencialidades do indivíduo;
- Grau de instrução;
- Origem do sujeito;
- Faixa etária;
- Tempo em situação de rua;
- Uso de álcool e outras drogas;
- Condição de saúde (sofrimentos emocionais, doenças crônicas, dermatoses, tuberculose etc.);
- Uso de medicamentos;
- Forma de geração de renda;
- Riscos e vulnerabilidades.

Figura 4 – Ações relacionadas ao grupo social

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2012, p. 36)

Sendo assim, o trabalho dos Consultórios na Rua associa-se às estratégias de busca ativa e redução de dados ao recurso das equipes multiprofissionais.

Ademais,

[...] favorece a promoção da equidade ao adaptar a mobilidade e ampliar o alcance, o rol de ações e a composição das equipes para atender as necessidades essenciais da população em situação de rua e atenuar as barreiras impostas pela desigualdade social, muitas vezes reproduzidas pela própria rede de saúde. (Borysow, Conil; Furtado, 2017 *apud* Souza, 2023, p. 57-58).

Entre os profissionais de saúde que atuam nos Consultórios na Rua está o/a assistente social, cujas particularidades de trabalho serão apontadas no tópico a seguir.

2.1 Reflexões sobre o trabalho de assistentes sociais na política de saúde

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressalta a saúde a partir das perspectivas complementares de promoção, prevenção e cura, mediante acesso universal a ser garantido pelo Estado, por meio de políticas sociais, mas também econômicas, uma vez que a saúde é determinada também por aspectos econômicos como trabalho, renda, e acesso a bens e serviços essenciais, além dos aspectos sociais e culturais como alimentação, moradia, saneamento básico, educação, transporte, lazer e meio ambiente.

Esses determinantes impressos nas legislações são reflexo da luta do Movimento da Reforma Sanitária que se iniciou com um longo processo para o resgate da saúde como bem público e direito universal.

Quando se analisa a trajetória do Serviço Social na área da saúde, identificam-se inúmeros desafios postos, sobretudo pela polaridade entre os dois principais projetos que norteiam a saúde, são eles: o Movimento da Reforma Sanitária e do outro o Projeto Privatista, articulado aos interesses do mercado. Segundo os *“Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”*, “[...] a grande bandeira continua sendo a implementação do projeto de Reforma Sanitária [...] este projeto tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais.” (CFESS, 2010, p. 29).

Contudo, cabe ao Serviço Social formular estratégias que busquem reforçar que os serviços de saúde efetivem o direito social à saúde, levando em consideração que o trabalho do/a assistente social atrelado ao projeto Ético-Político da profissão, deve estar articulado ao projeto da reforma sanitária e buscar a realização de uma atuação competente e sobretudo crítica na área, para isso necessita:

- estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde;
- estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
- tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
- elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde;
- efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (CFESS, 2010).

Nesse sentido, segundo Couto (2009), é preciso reconhecer o real compromisso da profissão com o trabalho coletivo e com o atendimento às necessidades sociais. Dessa forma,

[...] qualquer leitura da realidade que prescindir do reconhecimento de que o trabalho do assistente social se coloca na tensão direta entre trabalho e capital corre o risco de produzir um conhecimento pragmático, descritivo, desconectado da sociedade e com as condições para a culpabilização individual dos sujeitos, famílias e grupos sobre as mazelas produzidas pela sociedade capitalista. (Couto, 2009, p. 2).

Os Parâmetros também orientam para as atribuições e competências dos/as assistentes sociais que devem ser pautadas no reconhecimento da “questão social” como objeto de intervenção, levando a uma atuação na perspectiva totalizante, baseada nos contextos e determinantes sociais, econômicos e culturais, que impactam as classes sociais, amparado nas contribuições de Yamamoto (1982).

Os/As assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos:

1. Atendimento Direto aos usuários;
2. Mobilização, participação e controle social;
3. Investigação, planejamento e gestão.
4. Assessoria, qualificação e formação profissional;

Figura 5 – Eixos do trabalho de assistentes sociais

Fonte: Elaboração própria (2024).

Estes eixos devem ser compreendidos e articulados em uma concepção de totalidade, visto que o processo de trabalho do/a assistente social na saúde leva em consideração diversos determinantes. Importante frisar que as características, atribuições e competências estão em construção permanente, pois vive-se em constantes mudanças históricas, políticas e sociais, nada se esgota.

De acordo com Siqueira (2020), o profissional de Serviço Social desenvolve diversas atividades, como

[...] acolhimento, orientações diversas, encaminhamentos para diversos setores, realização de contatos e visitas institucionais, desenvolve trabalho de articulação com a rede e demais setores, promoção de ações de educação em saúde, grupo temático, ações de redução de danos, participação em reuniões, construção de relatórios, entre outros. (Siqueira *et al.*, 2020, p. 9).

Estas atividades abrangem as relações Estado x Sociedade, projetos políticos, políticas sociais, classes sociais, culturais e movimentos sociais. Exige então do profissional, uma atuação crítica e competência teórica, no intuito de construir estratégias que superem os limites impostos à cidadania. (Siqueira *et al.*, 2020)

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NOS CONSULTÓRIOS DE RUA: ASPECTOS METODOLÓGICOS DO LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

Para o desenvolvimento da pesquisa, optou-se pelo método crítico dialético, posto que este possibilita uma abordagem crítica da realidade, buscando-se compreender os fenômenos em suas contradições e inter-relações sendo, portanto, um método que busca alcançar a totalidade do fenômeno estudado, ultrapassando-se assim a imediatez própria do cotidiano.

Conforme colocam Lima e Miotto sobre o assunto (2007), pode-se considerar a metodologia como uma forma de discurso que apresenta o método escolhido como lente para o encaminhamento da pesquisa. Assim, considera-se que o método dialético é o mais adequado no que se refere ao alcance dos objetivos da pesquisa.

A partir desse pressuposto, a metodologia escolhida para a elaboração desta pesquisa foi a Revisão Integrativa, uma metodologia que possibilita a integração de estudos experimentais e não-experimentais permitindo o estudo de determinado fenômeno a partir de diferentes ângulos, o que possibilita uma compreensão mais vasta do objeto de pesquisa estudado (Rosa; Silva; Carvalho, 2010).

Essa escolha se justifica pela necessidade de ampliar a compreensão sobre a atuação do/a assistente social nos consultórios na rua, incluindo produções acadêmicas diversificadas, considerando a escassez de estudos científicos sobre o tema observada.

A revisão obedeceu às etapas propostas por Rosa, Silva e Carvalho (2010), partindo-se da seguinte pergunta norteadora: Quais as particularidades do trabalho de assistentes sociais junto à população em situação de rua no contexto do consultório na rua?

A partir dessa pergunta, partiu-se para a fase de busca ou amostragem na literatura nas bases de dados da Scielo, Oasisbr e Google acadêmico, que ocorreu entre novembro e dezembro de 2024, utilizando-se as estratégias de busca: 1) "serviço social" OR "assistente social" AND "consultório na rua" AND "trabalho" 2) ("assistente social" OR "assistentes sociais" OR "serviço social") AND ("consultório na rua"). A escolha das bases de dados Scielo, Oasisbr e Google Acadêmico se deu em função de sua relevância para a área de Serviço Social e da abrangência de

estudos relacionados a populações em situação de rua e consultórios na rua. O Google Acadêmico, em especial, foi incluído devido à sua ampla cobertura e por possibilitar uma busca mais flexível em diversas fontes acadêmicas.

Os critérios de inclusão definidos foram: estudos em português e que tratassem do objeto de pesquisa; e os de exclusão, os repetidos e que não respondessem ao problema de pesquisa. Nessa etapa, optou-se por incluir uma Monografia na amostra, considerando a pouca disponibilidade de estudos e a relevância do trabalho em questão.

Dos 2.070 resultados encontrados no Google acadêmico, optou-se por considerar como universo desta pesquisa apenas as primeiras 20 páginas (200 estudos) desta base de dados considerando o critério de relevância da plataforma na organização dos achados. Na base de dados da Scielo, foram encontrados 10 artigos, e na Oasisbr foram 9 achados. Do total de 219 resultados, foram excluídos 203 após a leitura dos títulos e resumos, e ao final da leitura integral dos 16 restantes, foram excluídos 6, restando 10 estudos na amostra final. Após a obtenção da amostra seguiu-se para a etapa de extração dos dados.

Segundo os autores utilizados

para extrair os dados dos artigos selecionados, faz-se necessária a utilização de um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que a totalidade dos dados relevantes seja extraída, minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro (Rosa; Silva; Carvalho, 2010, p. 104).

O instrumento utilizado para essa fase foi uma tabela em formato Excel, com as seguintes colunas: tipo de produção, autor/ano, título, objetivo do estudo, metodologia, principais resultados, conclusões e base de dados.

3.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final da pesquisa totalizou 10 estudos, os quais estão organizados na tabela abaixo:

AUTOR	ANO	TÍTULO	METODOLOGIA	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	BASE DE DADOS
Adriana P. da Fonseca	2019	O trabalho da assistente social no Consultório na Rua: um estudo sobre o trabalho coletivo em saúde	Pesquisa qualitativa, pesquisa temática ou focal simples, de cunho exploratório.	Discutir o trabalho profissional das assistentes sociais inseridas nas equipes de Consultórios na Rua do Município do Rio de Janeiro a partir da centralidade do processo de trabalho coletivo em saúde na atualidade.	Dissertação de mestrado	Oasisbr (Portal Brasileiro de Publicações e Dados Científicos de acesso aberto).
Ivania de Farias Silveira, Marcel Jardim Amaral e Vilmar Alves Pereira	2020	A importância do trabalho do Assistente Social na implementação do Consultório de Rua na cidade de Rio Grande - RS	Metodologia explanatória	Debater e defender como o profissional de serviço social se faz indispensável dentro do CNAR.	Artigo	Google acadêmico, RELACult (Revista Latino Americana de Estudos em Cultura e Sociedade).
Tatiane Santos Nascimento	2018	A complexidade da população em situação de rua: contribuição do serviço social no consultório na rua	Pesquisa bibliográfica (qualitativa e descritiva)	Analisar as contribuições do assistente social diante das vulnerabilidades da população em situação de rua para o acesso à saúde por meio da política do Consultório na Rua.	Artigo	Google Acadêmico, Repositório UNILAB.
Afrânio Hemanuelly	2018	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SEUS ALCANCES:	Pesquisa bibliográfica, quanti-quali.	Analisar o processo de trabalho da eCR e as	Dissertação de mestrado	Google Acadêmico, TEDE PUCRS (Teses e

AUTOR	ANO	TÍTULO	METODOLOGIA	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	BASE DE DADOS
Castanho Duarte		REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO DE TRABALHO DO CONSULTÓRIO NA RUA		concepções de acolhimento em saúde no espaço da rua.		Dissertações dos Programas de Pós-Graduação da PUCRS)
Lucia Cristina dos Santos e Rosa Melissia de Carvalho Soares Lima.	2019	O ASSISTENTE SOCIAL NO CONSULTÓRIO NA RUA DE TERESINA (PI)	Bibliográfica documental, qualitativa, cotidiano assistencial. e	Analisar, panoramamente, as ações desenvolvidas e as respostas construídas pelo assistente social no trabalho coletivo do Consultório na Rua de Teresina-Piauí, a partir da reconstituição da linha do tempo do equipamento e das atividades desenvolvidas por esse profissional, tendo por base a revisão bibliográfica, análise documental e o cotidiano assistencial.	Artigo	Google Acadêmico, 16º CBAS.
Valdenise Barreto de Almeida e Andréia de Almeida	2013	O Serviço Social na Equipe Multiprofissional de Consultório na Rua	Mista; empírica, documental e bibliográfica	Analisar o exercício profissional do assistente social na equipe multiprofissional no Consultório na Rua no Distrito Federal.	Artigo	Google Acadêmico, Repositório Institucional da UFSC.
Janierika	2016	O PROCESSO DE TRABALHO DO/A	Qualitativa, bibliográfica e	Problematizar	Artigo	Google Acadêmico,

AUTOR	ANO	TÍTULO	METODOLOGIA	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	BASE DE DADOS
Teixeira da Silva e Dayane Do Nascimento Caetano		ASSISTENTE SOCIAL NO CONSULTÓRIO NA RUA - EQUIPE DA UBS SÃO JOÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – NATAL/RN	entrevista.	processo de trabalho do assistente social no consultório na rua da equipe da unidade básica de saúde são joão do município de Natal/RN.		Revista INTERFACE - UFRN
Valdenise Barreto de Almeida.	2017	O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO CONSULTÓRIO NA RUA NO DISTRITO FEDERAL	Pesquisa qualitativa, bibliográfica, documental e de campo.	Identificar as ações, atribuições e competências dos profissionais, os principais desafios postos na realização do trabalho do assistente social nesse âmbito.	Monografia	Oasisbr (Portal Brasileiro de Publicações e Dados Científicos de acesso aberto).
Priscilla dos Santos Peixoto Borelli Tavares, Magda Costa Barreto, Tiago Lopes Bezerra e Adriana Pereira da Fonseca	2019	OS NOVOS ESPAÇOS SÓCIO OCUPACIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DE DROGAS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	Pesquisa qualitativa, de natureza exploratória com mapeamento preliminar.	Investigar o trabalho dos assistentes sociais nos recentes serviços da rede de saúde mental do Rio de Janeiro, a saber, Consultórios na Rua (CNAR), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS ad II e III).	Artigo	Google Acadêmico, Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social.

AUTOR	ANO	TÍTULO	METODOLOGIA	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	BASE DE DADOS
Adriana Pereira da Fonseca	2020	O trabalho da assistente social no Consultório na Rua	Qualitativa, temática ou focal simples.	Discutir o trabalho profissional das assistentes sociais inseridas nas equipes de Consultórios na Rua do Município do Rio de Janeiro a partir da centralidade do processo de trabalho coletivo em saúde na atualidade	Artigo	Google Acadêmico, Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social.

Figura 6: Amostra final dos estudos selecionados na revisão.

Fonte: Elaboração própria (João Pessoa, 2025).

Conforme pode-se observar, dos 10 estudos selecionados, 22% foram obtidos através da Oasisbr e 77% (a maioria) a partir do Google Acadêmico, e estão publicados em Anais, periódicos e repositórios institucionais, tratando-se em grande parte, de experiências de trabalho em determinada equipe de Consultório na Rua, o que corrobora com a indicação de que o tema não tem sido suficientemente debatido na academia, e pode ser explicado pelo fato de que o dispositivo é recente na política de saúde brasileira e de que nem todas as cidades o possuem, configurando-se como um incipiente campo de trabalho para o/a assistente social.

O gráfico abaixo mostra mais claramente a distribuição por base de dados e por tipo de produção científica:

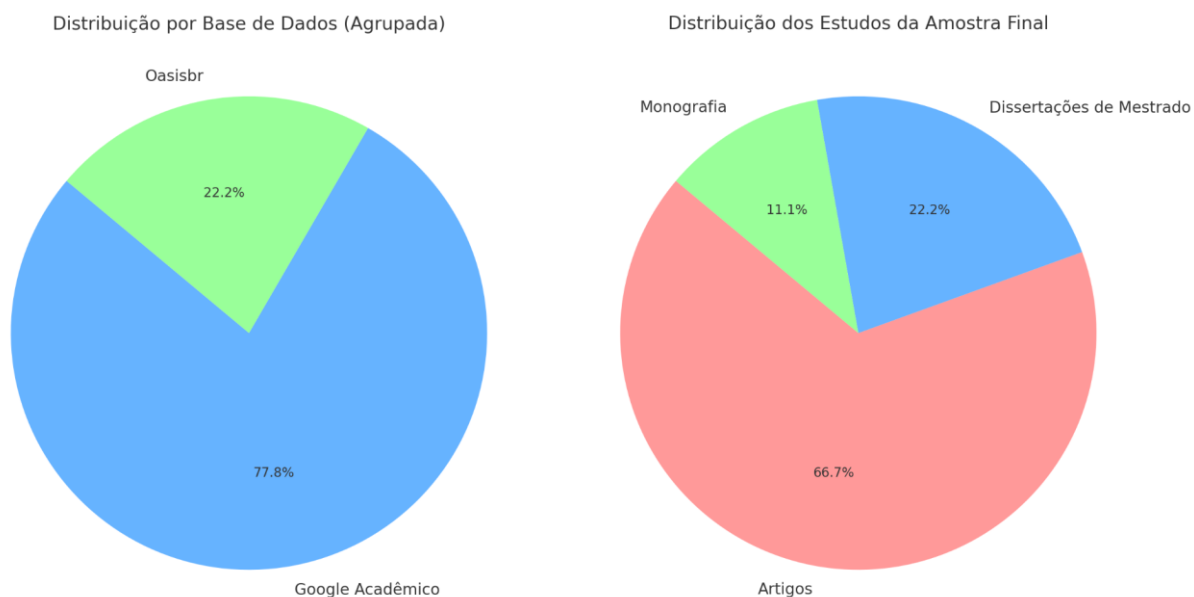


Gráfico 4: Distribuição por Base de dados e Distribuição por tipo de produção acadêmica.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A maioria dos estudos selecionados tem como perfil a utilização de metodologias qualitativas, incluindo também pesquisas documentais e bibliográficas. A autora Minayo (2013) traz contribuições sobre o uso da metodologia qualitativa na saúde. E, se tratando das Ciências Sociais, com metodologias de caráter qualitativo, apropriadas para discutir a pesquisa social em saúde, “a autora compreende que a pesquisa quantitativa deve ser utilizada porque avalia a regularidade do fenômeno, e a qualitativa faz a análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações”. (Lima *et al.*, 2014).

Alguns dos estudos incorporaram também abordagens quantitativas para mensurar o impacto dos serviços ofertados, analisando indicadores como número de atendimentos realizados, acesso a benefícios sociais e efetividade das intervenções interdisciplinares. Além disso, muitos dos artigos revisados destacam o contexto histórico e legislativo que embasa a atuação dos/as assistentes sociais nesse campo, relacionando suas práticas às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Em alguns estudos, foram utilizadas também as entrevistas, que são uma das principais técnicas de coleta de dados em pesquisas qualitativas, tidas como de qualidade. Isso se deve ao fato de que a “interrelação, as experiências cotidianas e a

linguagem do senso comum no momento da entrevista é condição indispensável para o êxito da pesquisa qualitativa.” (Minayo apud Batista, 2017, p. 3).

Além disso, é importante destacar que os estudos apontam diferentes regiões do Brasil, o que possibilita uma visão um pouco mais ampla das especificidades locais do trabalho nos Consultórios de Rua no Brasil.

3.2 – DESVELANDO AS PARTICULARIDADES DO TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS JUNTO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Como abordado ao longo deste trabalho, a saúde da população em situação de rua revela uma série de problemáticas e barreiras que são constantemente expostas no cotidiano da sociedade. As equipes multiprofissionais dos consultórios de rua, enfrentam essa realidade no cotidiano profissional e reflete nas particularidades do trabalho dos/as assistentes sociais junto a essa população.

Ao analisar os textos selecionados, as autoras identificaram algumas categorias relevantes para a análise, que se repetem em diversos trabalhos. Estas categorias serão apresentadas neste tópico, com o objetivo de destacar as principais particularidades da atuação do/a assistente social no atendimento a essa população específica. São elas: 1) vínculo do usuário com a eCR; 2) Trabalho interdisciplinar; 3) Acolhimento; 4) Projeto Ético-Político do Serviço Social; 5) Condições de trabalho.

Em relação ao **vínculo do usuário com a eCR**, na dissertação da autora Adriana Pereira da Fonseca (2019), a mesma destaca a importância do vínculo no trabalho do/a assistente social com a população em situação de rua, especialmente no contexto do Consultório na Rua. Em sua pesquisa, é perguntado por meio de entrevista semiestruturada com assistentes sociais das eCR no Rio de Janeiro, sobre essa importância, e como resultado, foi unânime que esse vínculo é possibilitado pela presença da equipe no território, e o respeito à valorização da demanda para construção do cuidado. O vínculo é considerado um dos pilares fundamentais para a efetividade do trabalho sendo construído aos poucos, com respeito e compreensão pelas vivências e necessidades do indivíduo. Esse processo exige paciência e uma abordagem acolhedora por parte do/a assistente social. (Fonseca, 2019, p. 122-124).

Na dissertação da autora Afrânica Hemanuely Castanho Duarte, (2018), é enfatizado que “através de construção de vínculo e relação de confiança, identificado

como uma estratégia que se aplica no processo de trabalho, o CnaR busca ultrapassar e ressignificar essas barreiras, pois acolhe e realiza uma escuta desta população em seus próprios territórios e espaços de vida” (Duarte, 2018, p. 42).

A autora Valdenise Barreto de Almeida (2017) aborda que a criação desse vínculo é de suma importância, pois “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.” (Almeida, 2017, p.7)

Segundo Silva (2016) “fica evidente a necessidade do Assistente Social dentro desse espaço sócio ocupacional servindo como um mediador de acesso aos direitos da população em situação de rua que sofrem mais intensamente com o estigma, exclusão e desigualdade social inerente ao modo de produção capitalista.” (Silva *et al.*, 2016, p. 98)

O trabalho do/a assistente social no Consultório na Rua (CR) é caracterizado por inúmeras demandas desafiadoras e complexas, que refletem a conjuntura histórica dessa população, marcada pelo afastamento social, preconceito, dificuldades no acesso à saúde, entre outros fatores. Isso exige dos/as assistentes sociais uma prática crítica e reflexiva, com o objetivo de contribuir para a superação da invisibilidade dessa população no contexto das políticas sociais, especialmente na área da saúde, foco deste estudo. Nesse sentido, o vínculo se revela um elemento central no trabalho do/a assistente social, pois não apenas facilita o atendimento, mas também é fundamental para a construção de uma relação de confiança, essencial para o sucesso das intervenções com a população em situação de rua.

Para um bom vínculo com o usuário por parte da equipe multiprofissional dos Consultórios, os textos destacam o **trabalho interdisciplinar** como particularidade no processo de trabalho do/a assistente social junto a essa população, visto que, é imprescindível uma boa relação e um trabalho em conjunto entre os profissionais para a efetivação dos serviços ofertados e garantia do direito à saúde.

De acordo com Fonseca (2020, p. 10):

O conhecimento da formação do Serviço Social no processo de trabalho interprofissional do CNAR parece contribuir com a educação permanente da equipe, oferecer categorias teóricas para apreender as determinações sociais postas pelas demandas apreendidas pelos distintos profissionais e possibilitar uma experiência mais orgânica de pertencimento e de reconhecimento da equipe quando esta se orienta pelo conceito de saúde ampliada.

A interdisciplinaridade, abordada pelos autores dos textos selecionados, é uma das particularidades do trabalho do/a assistente social. No contexto do eCR, é essencial que o/a assistente social atue de forma cooperativa no trabalho coletivo em saúde, contribuindo, junto à equipe, para a superação das barreiras impostas pela sociedade capitalista, marcada por relações sociais constantemente em conflito.

Sendo assim,

A assistente social se insere nos serviços de saúde em equipes que tem como base a organização do trabalho coletivo e assim seu trabalho se estrutura para responder as demandas apresentadas pelos usuários do serviço, pelos demais membros da equipe, pela instituição empregadora e por outros serviços da rede. (Tavares *et al.*, 2019, p. 4)

Esse trabalho interdisciplinar, segundo Fonseca (2020), enfrenta barreiras como exemplo a “rotatividade” de profissionais na equipe. Ou seja, em sua pesquisa, é relatado por diversas assistentes sociais entrevistadas, a grande rotatividade de profissionais nas equipes multiprofissionais, o que se identifica como um dificultador para a concretização de um processo de trabalho coletivo de base interdisciplinar.

As rupturas causadas pela rotatividade interferem na realização das pactuações e, por vezes, demandam que trabalhos consolidados sejam refeitos. Sinaliza como a rotatividade influencia no trabalho profissional da assistente social, refere-se a discussão das demandas e ao entendimento pelos demais profissionais do que é competência e atribuição da profissional. Para a entrevistada, e nós concordamos, a estabilidade de profissionais nas equipes possibilita o melhor desenvolvimento do trabalho coletivo. (Fonseca, 2020, p. 10)

Essa rotatividade dificulta o processo de vínculo entre os profissionais da equipe, corroborando para a demora na aplicação de projetos desenvolvidos entre eles. O/A assistente social necessita de um bom funcionamento e vínculo na equipe multiprofissional, pois é um profissional regulador de conflitos, sendo peça chave do bom funcionamento do CR. O/A Assistente Social atua como agente de mudança em conjunto com os usuários, e precisa atuar de maneira que ultrapasse a imediatividade, lutando pela produção de um cuidado ampliado, compreendendo a saúde a partir dessa concepção e em consonância com os princípios do SUS. Perceptível também que há poucos serviços ofertados na saúde à essa população, o que também faz com que

O/A assistente social que atua no CR precisa estar preparado para lidar com um cotidiano específico e dinâmico, uma vez que sua rotina de trabalho é pautada na busca ativa dos usuários a serem atendidos. Dessa forma, são os profissionais que se deslocam até os logradouros para encontrar e atender a população em situação de rua (Siqueira *et al.*; 2020). Perceptível também que há poucos serviços ofertados na saúde à essa população, o que também faz com que o/a assistente enfrente essas barreiras e caia na imediatez em muitos momentos.

Outra categoria importante para analisar as particularidades do trabalho do AS, é o **acolhimento**, muito citado nos textos e que também está atrelado ao trabalho interdisciplinar e ao vínculo do usuário com o eCR. De acordo com Santos (2018) o profissional de grande valia a fim de “identificar a questão biopsicossocial, através da qual pode-se acessar suas necessidades, levar orientação, encaminhar para serviços de saúde, benefícios socioassistenciais [...] promover acolhimento que compreenda sua demanda para além da queixa principal apresentada.” (Santos, 2018, p. 9).

É importante destacar sobre o acolhimento, que é essencial compreender o cidadão em seu contexto social, valorizando e respeitando seus saberes e modo de viver. Dessa forma, torna-se possível construir vínculos de confiança que favoreçam processos relacionais e contribuam para um cuidado integral em saúde. (Santos, 2018).

Esse processo de acolhimento também apresenta barreiras, visto que “o acolhimento no espaço da rua vai apresentar uma inversão do que acontece nas instituições de saúde, pois muitas vezes no espaço da rua a equipe do CnaR não foi chamada, nem convidada pelo usuário para estar ali.” (Duarte, 2018, p. 33).

Isso é um ponto considerado importante para análise, visto que é notório que o trabalho do/a Assistente Social com essa população enfrenta uma série de barreiras. É mister destacar que nem sempre o usuário irá receber o profissional com aceitação, sendo necessário um grande processo de acolhimento/vínculo, a fim de garantir a articulação do trabalho. A PSR por enfrentar uma invisibilidade instaurada na sociedade, sendo escanteada e privada dos seus direitos sociais básicos historicamente, demonstram um impasse de aceitar de fato a aproximação com os profissionais da saúde.

Nessa perspectiva, a autora cita que,

O conceito de “persistência acolhedora”, ancorado nos princípios e diretrizes do SUS, que refere-se ao ato ou ação da equipe em constante movimento para com o acolhimento do usuário no espaço da rua. Uma ação que inicia no primeiro encontro com o usuário e se transforma por meio da construção da relação de vínculo e confiança. O termo “persistência acolhedora” pressupõe considerar a confiança perdida dos usuários nas relações de vínculo, frente às discriminações sofridas diariamente, pois muitas vezes são coibidos em acessar alguns espaços [...] A persistência acolhedora não poderá ser identificada isoladamente, pois é composta de outras técnicas e instrumentos que se interrelacionam mutuamente. Além da consonância necessária com o planejamento de trabalho de todos componentes da equipe, o instrumental utilizado deve fortalecer o objetivo de avançar na constituição do cuidado em saúde compartilhado com a rede de serviços, que garanta o acesso e continuidade do acompanhamento de saúde dessa população. (Duarte, 2018, p. 45)

Nessa discussão, considera-se o acolhimento essencial na atuação do/a Assistente Social nos serviços de saúde, priorizando o processo de vinculação entre usuário e serviço, considerando os usuários além da demanda espontânea e aparente, indo além e buscando a integralidade e resolutividade do atendimento (Duarte, 2018).

Outro elemento essencial no trabalho do/a Assistente Social é o **Projeto Ético-Político da Profissão**, que deve se materializar na atuação do profissional nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, como também na atuação na PSR.

Segundo Rosa, um “aspecto raro é que todo Projeto Ético Político do Serviço Social converge integralmente com o desenho da política e diretrizes do Consultório na Rua, que tem a liberdade como valor central, a partir da perspectiva de atuação fundamentada pela redução de danos” (Rosa *et al.*, 2019, p. 8-9). Está também em consonância com os parâmetros da profissão comentados no segundo capítulo deste trabalho.

Fonseca (2019, p. 128) aborda que o Projeto está em consonância com o trabalho na CR, principalmente “na defesa do acesso à direitos; da liberdade como princípio norteador; e do combate ao preconceito e ao estigma”. Reconhece-se que a estruturação das equipes do Consultório na Rua (CNAR) já representa, por si só, uma mudança nas práticas de saúde. No entanto, a formação crítica e política do/a assistente social contribui significativamente para potencializar essa transformação, especialmente ao reconhecer a população em situação de rua como sujeitos de direitos, cujas demandas sociais precisam ser interpretadas e atendidas de forma adequada (Fonseca, 2019).

O trabalho do assistente social é orientado por um Projeto Ético-Político Profissional hegemônico na categoria, baseado em uma concepção de direitos e cidadania que não se limita à concepção de direitos da sociedade capitalista, mas que se coloca em defesa da autonomia dos indivíduos sociais e da emancipação humana, tendo como objetivo contribuir para a construção de uma nova ordem social. Dessa forma, as políticas sociais enquanto espaço sócio ocupacional e meio de trabalho do assistente social impõem uma dualidade ao seu exercício profissional: por um lado, o assistente social pode se aproximar da concepção de cidadania e de direitos presente no Código de Ética, colocando-se em defesa dos interesses dos trabalhadores; por outro, o profissional pode responder tão somente as demandas da instituição em que se insere – seja ela pública ou privada – sendo assim funcional à conservação da ordem capitalista (Behring; Boschetti, 2010 apud Tavares *et al.*; 2019, p. 8-9).

Como o Serviço Social busca ir além da concepção tradicional de cidadania dentro da sociedade capitalista, o/a assistente social não deve se restringir a uma visão minimalista de direitos, mas sim atuar para fortalecer a autonomia dos indivíduos e promover a emancipação humana. Essa perspectiva está alinhada com os princípios do Código de Ética do Serviço Social, que enfatiza a defesa dos interesses da classe trabalhadora e o compromisso com a justiça social.

No entanto, a realidade concreta do trabalho do/a assistente social se dá dentro das políticas sociais, que são estruturadas no interior do Estado e das instituições – sejam públicas ou privadas. Essa inserção impõe uma contradição ao exercício profissional: o/a assistente social pode tanto assumir um papel crítico e transformador, alinhado ao Projeto Ético-Político, quanto ser reduzido a um agente da instituição, respondendo apenas às suas demandas burocráticas e operacionais.

Frente a essa contradição, as autoras deste trabalho defendem de acordo com a Revisão que cabe ao/a assistente social buscar estratégias que possibilitem ampliar seu campo de atuação crítica dentro das instituições. Isso envolve desde a defesa e proposição de políticas públicas mais inclusivas até a mobilização da categoria para resistir a retrocessos e fortalecer a luta por direitos sociais.

Por fim, outro ponto que se considera significativo nos textos é a questão das **condições de trabalho** que revelam a dificuldade de fazer o acompanhamento completo do usuário.

Nas contribuições da autora Valdenise (2013), 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. 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. (Valdenise, 2013, p. 8)

Essas condições de trabalho afetam diretamente o trabalho do/a assistente social e se enquadram como uma das particularidades enfrentadas pelo/a profissional nessa área de intervenção. É sabido que o/a profissional do Serviço Social enfrenta uma série de dificuldades de execução que vai desde o investimento financeiro, como também apoio nos projetos sociais desenvolvidos, atividades nos espaços sócio-ocupacionais, efetividade do sigilo profissional, entre outros.

Importante também relatar que o trabalho dos/as assistentes sociais a PSR, envolve não apenas a prestação de serviços de saúde e assistência, mas também o enfrentamento de situações de vulnerabilidade extrema, como violência, dependência química e problemas de saúde mental. A exposição constante a essas condições pode levar à sobrecarga emocional e física, o que fica exposto nas entrevistas realizadas em algumas pesquisas selecionadas que relatam indícios de problemas de saúde mental por parte dos profissionais da área.

Em síntese, o trabalho dos/as assistentes sociais no Consultório na Rua é fundamental para a inclusão e a garantia de direitos da população em situação de rua. No entanto, ele é atravessado por desafios estruturais que exigem melhores condições laborais, investimentos em políticas públicas e maior integração entre os serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo analisar as particularidades da atuação dos/as assistentes sociais na política de saúde, com foco no atendimento à população em situação de rua. A hipótese é que o trabalho de assistentes sociais com a população em situação de rua tem como principal particularidade a insuficiência de serviços capazes de acolher especificidades do atendimento às necessidades desta população, ficando centrado no atendimento de necessidades imediatas.

De fato, a partir da revisão integrativa realizada, constatou-se que a atuação do/a assistente social na política de saúde voltada à população em situação de rua é marcada por desafios estruturais e a necessidade de um olhar interdisciplinar. O estudo evidenciou que o vínculo entre profissional e usuário é um elemento central para a efetivação do atendimento, uma vez que essa população, historicamente marginalizada, enfrenta múltiplas barreiras no acesso aos serviços públicos.

Além disso, verificou-se que o/a assistente social desempenha um papel fundamental na mediação do acesso a direitos e na articulação de redes intersetoriais. Sua atuação vai além do atendimento individual, abrangendo também a incidência em políticas públicas e a luta pela garantia de direitos sociais. No entanto, o estudo identificou entraves significativos como: a fragmentação das políticas sociais, a escassez de recursos e a precarização das condições de trabalho desses profissionais, fatores que limitam a efetividade das ações desenvolvidas. Observa-se que, de fato, os serviços ofertados a essa população no que concerne a saúde são precários, o que dificulta a atuação do/a assistente social de modo a superar serviços de imedaticidade.

Outro ponto relevante diz respeito à necessidade de um trabalho coletivo e interdisciplinar dentro dos Consultórios na Rua. A interação com outras áreas da saúde, como psicologia, enfermagem e medicina se mostrou essencial para garantir um atendimento integral à população em situação de rua. No entanto, desafios como a falta de capacitação contínua, dificuldade da equipe entender o papel do/a assistente social e as dificuldades na articulação intersetorial ainda representam obstáculos à prática profissional do/a assistente social nesse contexto.

Ademais, observou-se uma carência de publicações acadêmicas que aprofundem a atuação específica do/a assistente social nos Consultórios na Rua,

evidenciando uma lacuna na literatura científica sobre o tema. Isso reforça a necessidade de mais estudos que analisem não apenas os desafios enfrentados por esses/as profissionais, mas também as estratégias e metodologias que podem fortalecer sua atuação.

Dessa forma, este trabalho conclui que, apesar dos desafios estruturais e institucionais, a atuação do/a assistente social na política de saúde voltada à população em situação de rua tem suas particularidades fundamentadas em um papel essencial na luta por direitos, na construção de vínculos de confiança e na efetivação do cuidado integral. No entanto, para que essa atuação seja cada vez mais efetiva, é fundamental o fortalecimento das políticas públicas, a ampliação de investimentos na área da saúde e a valorização desse/a profissional dentro das equipes interdisciplinares.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Valdenise Barreto de; OLIVEIRA, Andreia de. O serviço social na equipe multiprofissional de consultório na rua. *In*: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS, 6., 2017, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: CRESS/SC, 2017.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 9-18, 2016.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 7, 24 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. População em situação de rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [20--]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude/populacao-em-situacao-de-rua>. Acesso em: 26 ago. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar**: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, DF: MDS, 2009.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **População em situação de rua**: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília, DF: MDHC, 2023.

BRITO, C.; SILVA, L. N. da. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 151-160, 2022.

COUTO, Berenice Rojas; DEGENSZAJN, Raquel Raichelis; IAMAMOTO, Marilda. Formulação de projeto de trabalho profissional. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social**: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009.

DUARTE, Afrannia Hemanuely Castanho. **O Sistema Único de Saúde e seus alcances**: reflexões acerca do processo de trabalho do consultório na rua. 2018. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. 5. ed. São Paulo: Globo, 2006.

FONSECA, Adriana Pereira da. O trabalho da assistente social no Consultório na Rua. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL E NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 1., 2020, Vitória. **Anais** [...]. Vitória: UFES, 2020. v. 1, n. 1.

FONSECA, Adriana Pereira da. O trabalho da assistente social no Consultório na Rua: um estudo sobre o trabalho coletivo em saúde. *In*: _____ (org.). **Assistência social em práticas coletivas**. São Paulo: Editora ABC, 2019.

FRAGA, Patrícia. **“A rua de todos”**: um estudo acerca do fenômeno população em situação de rua e os limites e possibilidades da rede de proteção no município de Florianópolis. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FRAGA, Patrícia *et al.* **População em situação de rua e acesso à saúde**. Florianópolis: UFSC, 2015.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOLDSCHMIDT, Irene Leonore *et al.* **Promoção da equidade no SUS**: o direito à diversidade. Porto Alegre: Rede UNASUS, 2016.

GRAMAJO, C. S. *et al.* (Sobre) viver na rua: narrativas das pessoas em situação de rua sobre a rede de apoio. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. e243764, 2023.

MEDEIROS, Cristiane Reis Soares; CAVALCANTE, Pedro. A implementação do programa de saúde específico para a população em situação de rua-Consultório na rua: barreiras e facilitadores. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 754-768, 2018.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza (org.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

NASCIMENTO, Livia de Paula *et al.* **Cuidado em saúde à população em situação de rua**: reflexões teóricas sobre o dispositivo consultório na rua. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

NATALINO, M. A. C. **A população em situação de rua nos números do Cadastro Único**. Rio de Janeiro: Ipea, 2024. (Texto para Discussão, n. 2944). DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/td2944-port>.

PAIVA, Irismar Karla Sarmento de *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2595-2606, 2016.

PIZZANI, Luciana *et al.* A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 10, n. 2, p. 53-66, 2012.

QUINTÃO, P. R. **Morar na rua: há projeto possível?** 2012. 150 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ROCHA, G. B. da *et al.* **População em situação de rua no Brasil: o processo de intervenção estatal e suas especificidades no neoliberalismo.** [S.l.]: EdPUCRS, 2021.

ROSA, Anderson da Silva; CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 576-582, 2005.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; LIMA, Melissa de Carvalho Soares. O assistente social no consultório na rua de Teresina (PI). *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília. **Anais [...]**. Brasília, DF: CFESS, 2019.

SANTOS, Tatiane Nascimento. **A complexidade da população em situação de rua: contribuição do Serviço Social no consultório na rua.** 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2018.

SILVA, Janierika Teixeira da; CAETANO, Dayane do Nascimento. O processo de trabalho do/a assistente social no consultório na rua - equipe da UBS São João do Sistema Único de Saúde – Natal/RN. **Revista Interface-UFRN/CCSA**, v. 13, n. 1, 2016.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2009.

SIQUEIRA, Ivania de Farias Silveira; AMARAL, Marcel Jardim; PEREIRA, Vilmar Alves. A importância do trabalho do Assistente Social na implementação do Consultório de Rua na cidade de Rio Grande-RS. **RELACult-Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade**, v. 6, n. 1, 2020.

SOUZA, Bianca Nogueira da Silva Barros. **Desafios na implementação de políticas públicas em saúde para população em situação de rua.** 2023. 134 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 2010.

SOUZA, M. A. S. L. Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho. *In*: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (org.). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios.** 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 147-174.

TAVARES, Priscilla dos Santos Peixoto Borelli *et al.* Os novos espaços sócio ocupacionais do serviço social na área de drogas: um estudo exploratório no

município do Rio de Janeiro. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., 2018, Vitória. **Anais** [...]. Vitória: ABEPSS, 2018.