



**VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
VII SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
VI CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

EIXO FUNDAMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL: O trabalho profissional de Assistentes Sociais

DESIGUALDADE SOCIAL E SAÚDE: Atuação de Assistentes Sociais direcionada à população em situação de rua

Damylle Cristiane de Oliveira Lima¹
Maria Heloiza de Araujo Berto²
Sabrina Silva dos Santos³
Vitória Camila da Silva Araújo Fonseca⁴

Resumo: O presente artigo discorre acerca da atuação profissional de assistentes sociais na política de saúde frente à população em situação de rua no Brasil, com o intuito de viabilizar o acesso a direitos e serviços constitucionalmente assegurados. Para isso, ocorreu uma pesquisa qualitativa de caráter bibliográfico e documental, tendo como arcabouço teórico: Brasil (1988); Política Nacional para a População em Situação de Rua (2009); CFESS (2010) e Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (2023). Assim, foi construído com a intenção de contribuir na discussão dessa expressão da questão social que se apresenta cotidianamente como objeto de intervenção profissional.

Palavras-chave: Assistentes sociais; Saúde; População em situação de rua; Políticas públicas.

Abstract: This article discusses the professional practice of social workers in health policy in relation to the homeless population in Brazil, with the aim of facilitating access to constitutionally guaranteed rights and services. To this end, a qualitative bibliographic and documentary study was conducted, based on the following theoretical framework: Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988 (Brazil, 1988); the National Policy for the Homeless Population (2009); Conselho Federal de Serviço Social (2010); and the Ministry of Human Rights and Citizenship (2023). Thus, the study was developed with the intention of contributing to the discussion of this expression of the social question, which is daily presented as an object of professional intervention.

Keywords: Social workers; Health; Homeless population; Public policies.

¹ Graduada em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) e Mestranda do Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Direitos Sociais (PPGSSDS/UERN); E-mail: damyllecristiane@gmail.com

² Assistente social, bacharel em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e pós-graduanda em Serviço Social e Políticas Públicas pela Educaminas. E-mail: heloizaaraujo655@gmail.com

³ Bacharela em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN. E-mail: ss7337742@gmail.com

⁴ Assistente social, bacharel em Serviço Social pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e Pós-graduanda em Gestão, Políticas Públicas e Serviços Sociais pela Faculdade Líbano. E-mail: vitoriacfsc@gmail.com



1. INTRODUÇÃO

O acesso à saúde no Brasil é um direito garantido por lei à população. Conforme consta no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, deve ser assegurada pelo Estado. No entanto, o que está previsto em lei não alcança de forma efetiva toda a população, sobretudo a população em situação de rua (PSR), que enfrenta desafios não somente em sua sobrevivência diária, mas também no seu acesso à saúde. Esse público, além de lidar com insegurança socioeconômica, é cotidianamente exposto a doenças de cunho físico e mental.

Embora reconheçamos o valor inestimável e os serviços de qualidade ofertados pelo nosso Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo este como referência internacional no que tange a sistemas gratuitos de saúde, sabemos que existem limitações na estruturação do referido.

Pensando em estratégias para efetivar integralmente o acesso da população em situação de rua de modo universal, em diferentes aspectos da realidade social, ocorreu a criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), efetivada por meio do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Ademais, em 2023, foi instituído o Plano de Ação e Monitoramento para a Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Segundo a PNPSR (2009), é considerado população em situação de rua o agrupamento de sujeitos que vivem em comum situação de vulnerabilidade econômica (pobreza extrema), vínculos familiares interrompidos e/ou fragilizados que não possuem moradia convencional regular; que ocupa espaços públicos e/ou áreas insalubres como espaço de moradia e de subsistência, tanto de forma temporária como permanente, bem como unidades de acolhimento.

Expõe-se a relevância de abordar essa temática, tendo em vista o crescimento exponencial de pessoas em situação de rua em nossa sociedade desde o começo da pandemia de COVID-19. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), entre os anos de 2019 e 2022 no Brasil, ocorreu uma ampliação significativa de 38%, atingindo mais de 280 mil pessoas. Nessa perspectiva, saúde e fatores socioeconômicos se inter-relacionam.

Esta pesquisa possui caráter qualitativo, sendo de natureza bibliográfica e documental. Como método, utilizamos o materialismo histórico-dialético, visando compreender a temática em pauta a partir de uma perspectiva de totalidade, analisando-a por meio de uma abordagem crítica das condições materiais e históricas que atravessam o nosso objeto de estudo.



Através da proximidade com o debate da população em situação de rua, por meio de discussões e de bibliografias trabalhadas ao decorrer do curso de Serviço Social, observamos a necessidade de desenvolver o presente artigo com o objetivo de colaborar com a discussão ao realizar uma breve contextualização e um apanhado dos desafios e barreiras enfrentados pela população em situação de rua no acesso (ou não) à política de saúde.

2. A OFENSIVA NEOLIBERAL E A CONFIGURAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A crise dos anos 1970 propiciou a expansão do sistema capitalista em vista da permanência de sua hegemonia e exploração da classe trabalhadora em face do aumento lucrativo do capital. Os processos de reestruturação produtiva juntamente do advento do neoliberalismo no período dos anos 90 favoreceram as bases para o retrocesso nas políticas de saúde.

A Terceira Revolução Industrial, marcada pela reestruturação produtiva, pela internacionalização do mercado, com predomínio da esfera financeira, e pela revolução tecnológica, expande-se nos anos 80. Esta nova ordem econômica leva a um aumento dos custos da produção com que da tanto do lucro total como do lucro unitário (Martins; Molinaro, 2013, p.1668).

Embora a criação do Sistema Único de Saúde tenha iniciado em meados do final da década de oitenta e início da década de noventa, o avanço do neoliberalismo em países da América Latina apresentou significativas barreiras para o alargamento das políticas sociais.

No Brasil, os recém-inaugurados serviços públicos de saúde encontraram desafios para garantir seu acesso à população, principalmente a que se encontra em situação de rua, exposta de forma ainda mais letal à ausência de ações de promoção e proteção da saúde, bem como de outros direitos sociais básicos que são dever do Estado.

A contrarreforma do Estado atingiu a saúde por meio das proposições de restrição do financiamento público; da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade por meio da criação de dois subsistemas: o subsistema de entrada e controle, ou seja, de atendimento básico, de responsabilidade do Estado (uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado) e o subsistema de referência ambulatorial e especializada, formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em programas focais: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF); além da utilização de cuidadores com a finalidade de baratear os custos das ações básicas (CFESS, 2010, p.20-21)

Em face ao exposto, vale mencionar ainda que na conjuntura sócio-histórica brasileira, houve a presença de ações estatais mediante o grande avanço da urbanização das cidades, desempenhando uma espécie de higienização social desses locais com o



objetivo de expulsar a população em situação de rua e deixá-las desprovidas de total apoio. Tais iniciativas culminaram na exclusão desse público e colaborou no processo de marginalização e apagamento da sua existência.

Neste sentido, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como resultado de um longo processo de lutas e reivindicações dos movimentos sociais, profissionais da saúde e outros segmentos sociais que buscaram no projeto de reforma sanitária uma resposta para a construção da saúde pública em razão da ofensiva da medicina e saúde privatista durante anos no contexto brasileiro.

A política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde (CFESS, 2010, p.21).

Dessa forma, mesmo que o SUS esteja presente desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, o avanço mais forte do ultra neoliberalismo e conservadorismo a partir dos anos 90 e as contrarreformas e desmontes ocorridos nos governos de Temer e Bolsonaro, mostram que é essencial a continuação das lutas, organizações dos movimentos e profissionais em prol do enfrentamento e combate das privatizações e golpes ocorridos à saúde pública.

No governo Temer, tem-se a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); articulação efetiva com o setor privado por meio da Coalizão Saúde (2017). Em síntese, o governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais(Bravo; Pelaez; Menezes, 2020, p.195-196).

Paralelo a isso, no governo Bolsonaro, também tornou-se visível a dicotomia entre a viabilização do direito constitucionalmente assegurado e a participação do setor privado nesse processo.

Se, por um lado, a afirmação de que não haverá retrocessos na máxima constitucional do direito de todos e dever do Estado na saúde pode ser avaliada positivamente, a defesa de um setor privado forte e a não proposição de mais recursos orçamentários para o SUS são preocupantes, pois não contribuem para o fortalecimento do SUS e seu componente público e estatal. A primeira afirmação o diferencia do ministro Barros, no governo Temer, para o qual o SUS não cabia na Constituição, mas a defesa de um setor privado forte e a não ampliação de recursos orçamentários o aproximam deste (Bravo; Pelaez; Menezes, 2020, p.200).



Nessa conjuntura, considerando que as decisões governamentais irão implicar na vida dos brasileiros, principalmente no aspecto saúde e considerando a necessidade do acesso efetivo para o desenvolvimento integral dos sujeitos, é possível analisar que para quem vivência uma realidade de desproteção social, essas questões serão potencializadas.

Assim, a PNPSR representa uma grande conquista e marco importante para os cidadãos que vivenciam essa expressão da questão social, haja vista os objetivos centrais traçados, à exemplo: “assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda” (Brasil, 2009, p. 2).

No âmbito da política da saúde, é indispensável partir de uma perspectiva analítica da totalidade desses usuários, tendo em vista as condições materiais de vida e a realidade na qual ele está inserido, conforme a Organização Mundial da Saúde - OMS (1948), a saúde não é apenas a falta de doenças, mas sim um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Em consonância, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), ao tratar sobre os Determinantes Sociais da Saúde, frisa que estes são definidos como sendo os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Nessa perspectiva, apreendendo que existem especificidades atreladas a realidade dos sujeitos que estão em situação de rua, faz-se necessário que os profissionais e os órgãos públicos que atendem essa população tenham uma visão ampliada, norteadas pela ética profissional, para que não ocorra o reforço de discursos que estigmatizam e moralizam os usuários, interferindo no afastamento dos serviços que são constitucionalmente garantidos por lei.

2.1 Estigmas, preconceitos e discriminações com pessoas em situação de rua: desafios para a garantia do acesso à saúde

A partir do levantamento intitulado POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA - Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal, é possível compreender a necessidade da efetivação e ampliação de serviços para o público em debate. Informações extraídas do Cadastro Único evidenciam que, em dezembro de 2022, 236.400 pessoas estavam em situação de rua no Brasil, portanto, representando cerca de uma pessoa em cada mil habitantes (Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2023). Esse índice revela uma expressiva quantidade de



sujeitos em situação de extrema vulnerabilidade social, que possuem dificuldades para acessar direitos básicos e sobrevivem com escassez de recursos.

[...] A existência de um número tão grande de pessoas em situação de rua no Brasil é fruto do agravamento de questões sociais. Diversos fatores colaboraram para esse agravamento e, consequentemente, para o crescimento da quantidade de indivíduos nessa situação, entre eles: a rápida urbanização ocorrida no século 20, a migração para grandes cidades, a formação de grandes centros urbanos, a desigualdade social, a pobreza, o desemprego, o preconceito da sociedade com relação a esse grupo populacional e, muitas vezes, a ausência de políticas públicas. (Brasil, 2014, p. 8).

Além de serem invisibilizadas pelo Estado, essas pessoas são vítimas de generalizações, estigmas e preconceitos, associadas a estereótipos de preguiça ou criminalidade. A ascensão da lógica meritocrática estimulada durante as últimas décadas pelo ultra neoliberalismo fez com que se disseminasse a ideia de que pessoas em situação de rua, que vivem à margem da sociedade, por escolha. Paralelamente a isso, desconsideram-se nos discursos questões estruturais como empregos, moradia, renda e o acesso a políticas públicas, fatores que se vinculam a essa situação.

Tais estigmas materializam-se de forma negativa em muitos aspectos da vida desses indivíduos. No que tange ao acesso à saúde, a parcela da PSR que consegue acessar os serviços dessa política precisa lidar com situações vexatórias que infringem sua dignidade. Como aponta Teixeira et al. (2022, p. 5):

“Os profissionais dos serviços de saúde produzem barreiras no acesso à PSR desde a exigência da documentação para ser atendida até a obrigatoriedade da abstinência para a consulta, o que mantém esse grupo, muitas vezes, excluído do cuidado à saúde.”

Ou seja, percebe-se uma situação que resulta uma consequência negativa e excludente para com essas populações, uma vez que, ao invés de favorecer a integralidade e o acesso aos serviços de saúde com o propósito de restabelecer a autonomia dos mesmos bem como a melhoria da qualidade de vida, compactua para o aumento do estigma, preconceito e discriminação, além da perspectiva burocrática, que deveria ser um meio para facilitar a inclusão da população em situação de rua nos ambientes sociais, e principalmente na saúde, demonstra justamente o contrário - um afastamento e isolamento social.

É preciso salientar que não cabe a nós culpabilizarmos os/as profissionais de saúde, entretanto, é importante destacar que essa categoria precisa ampliar seu campo de estudo e atuação que envolve compreender vários aspectos interligados à conjuntura social, econômica, política, histórica que interferem no modo de vida das populações em situação de rua, ainda mais que é muito forte a presença da internalização e reprodução do preconceito e termos estigmatizantes, sendo reiterados pelo senso comum. Conquanto,



urge a necessidade da desnaturalização de crenças preconceituosas enraizadas no imaginário popular que precarizam a sociabilidade desse público.

A criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, em 23 de dezembro de 2009, a partir do Decreto N° 7.053, foi um marco importante para a implementação e garantia do acesso aos direitos dessa população no âmbito da Lei, todavia, o que se tem na realidade é que na grande maioria muitos dos princípios, diretrizes e objetivos apresentados na Política Nacional não são vistos e colocados em prática, ou seja, o que se manifesta é uma regressão tanto da sociedade em si quanto dos profissionais de saúde e das esferas de governo, sendo uma prática que contrasta com o que é posto na legislação, como por exemplo,

o respeito à dignidade dessas pessoas; o atendimento humanizado e universalizado; direito à convivência familiar e comunitária; promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais; implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional; assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; [...]. (Brasil, 2009).

Fica evidente que além de condições socioeconômicas e as situações de adoecimento mental e/ou conjuntura dos usuários de álcool e drogas, o preconceito e discriminação são as maiores barreiras da procura dessa população pelos serviços de saúde. Torna-se imprescindível ouvi-los e enxergá-los como cidadãos que possuem direitos, os quais devem ser exercidos e respeitados.

3. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E SUA ATUAÇÃO COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: ESTRATÉGIAS PARA A VIABILIZAÇÃO DE DIREITOS

Desde seu surgimento enquanto profissão reconhecida e devidamente regulamentada, o Serviço Social tem a saúde como um dos principais espaços sócio-ocupacionais da profissão. Embora o início da atuação profissional nesta área tenha sido marcado por uma perspectiva higienista e fiscalizatória dos usuários, altamente influenciada pelo serviço social de caso, conforme discorre Andrade (2008, p.280) “(...) O indivíduo era visto como o elemento que deveria ser trabalhado, no sentido de ajustá-lo ao meio social e fazê-lo cumprir bem seu papel no sistema vigente.” Além do exposto, o amadurecimento do debate teórico no interior da profissão e o desenvolvimento do projeto ético político propiciaram o rompimento com doutrinas marcadas pelo conservadorismo e aporofobia.



A aproximação do Serviço Social com o Movimento de Reforma Sanitária garantiu uma troca de saberes entre as áreas de conhecimento e possibilitou a compreensão da saúde como um direito de todos e dever do estado por parte dos profissionais, além de colaborar com a expansão do movimento e posterior regulamentação e criação do SUS.

A partir da ampliação do conceito de saúde e da compreensão dos determinantes sociais de saúde, este ambiente passou a expandir o número de profissionais e os campos de atuação para a(o) assistente social, tais como Unidades de Pronto Atendimento, Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, entre outros.

Partindo do pressuposto que a saúde é um direito universal garantido pela constituição federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, esta deve chegar, também, populações em situação de desproteção social, como a população em situação de rua. Segundo o princípio doutrinário da equidade, que considera que cada pessoa possui particularidades e diferentes condições de acesso à saúde, a mesma deve buscar diminuir as desigualdades de forma adequada a cada realidade (Brasil, 1990).

No entanto, quando observamos para além do acesso à saúde de forma direta, como o deslocamento a UPA ou UBS, por exemplo, e contemplamos conjuntamente a isto, os determinantes sociais de saúde, é possível observar que essa população tem o seu direito à saúde de forma integral negligenciado. Ao considerarmos que os referidos não dispõem de condições básicas de vida, como acesso ao saneamento básico, moradia adequada, alimentação, entre outros.

Tais fragmentações de direitos revelam ainda parte dos desafios da própria sobrevivência humana e sua garantia à saúde em meio a precarização da vida dentro do sistema capitalista.

[...] Entre 2015 e 2022, 2% do total de situações de violência notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde, tiveram como motivação principal a condição de situação de rua da vítima (48.608 notificações), o que representa uma média de 17 notificações por dia [...] (Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2023, p.20).

Para Iamamoto (2008), é no neoliberalismo que temos a radicalização das contradições sociais, em que direitos são convertidos em serviços a serem comprados. Além da negação e fragilização de direitos básicos, diminui-se a responsabilização do Estado com os cidadãos ao passo que se expande a concepção do individualismo, em que os sujeitos passam a ser os únicos responsáveis pela sua inserção social.

Nesse sentido, é notório que existem dois projetos em disputa: projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária. Respectivamente, o primeiro busca perpetuar práticas de caráter assistencialista, fiscalizador, correlaciona-se com o fator socioeconômico dos



usuários e reforça intervenções individualizadas (CFESS, 2010). Em contrapartida, o segundo:

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010, p.26).

É nesse contexto de profunda agudização das expressões da questão social e tensionamento de forças que se insere a atuação do assistente social, aparecendo como profissional que deve colaborar para a garantia de direitos e aniquilação de desigualdades, respeitando as diferenças e viabilizando o acesso às políticas sociais, de forma compatível a necessidade de cada usuário.

É na tensão entre re-produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência que atuam os assistentes sociais, situados em um terreno movido por interesses sociais distintos e antagônicos, os quais não são possíveis de eliminar, ou deles fugir, porque tecem a vida em sociedade. Os assistentes sociais trabalham com as múltiplas dimensões da questão social tal como se expressam na vida dos indivíduos sociais, a partir das políticas sociais e das formas de organização da sociedade civil na luta por direitos (Iamamoto, 2008, p. 60).

No que se refere a atuação do Serviço Social com a PSR, temos como destaque os Centros de Referência Especializados Para a População em Situação de Rua (Centro POP). Ainda que sendo um equipamento ligado à política de Assistência Social, estes são a principal porta de entrada desta população para demais direitos, como a própria saúde, benefícios sociais, habitação e documentações pessoais. Nesse plano, são primordiais para efetivar a viabilização de direitos frente ao público mencionado.

Entre 2017 e 2022, houve um aumento de 65% no número de atendimentos registrados pelos Centros Pop no país, conforme apresentado no Gráfico 2. Entre as regiões, a Nordeste apresentou o maior aumento, de 135%, e a região Norte o menor (9%) (Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2023, p.30).

Os Centros POP desempenham um papel de grande importância para a inclusão e retomada da sensação de dignidade para esses sujeitos, objetivando a viabilização da saída das ruas e sua reinserção no mercado de trabalho. Por serem voltados de forma exclusiva a PSN, são nesses equipamentos que o Serviço Social estabelece contato de forma mais assídua e direta com a PSN.

No cenário da saúde, enquanto profissionais dessa política e socialmente comprometidos com o nosso projeto ético político, que defende uma nova ordem societária emancipatória, livre de exploração e de todo e qualquer preconceito, é necessário



compreender as especificidades da PSR e alinhar nossa atuação com práticas que auxiliem na quebra de estigmas e estereótipos que afastam a PSR da busca pelo acesso à saúde.

A atuação de assistentes sociais na saúde viabiliza o acesso a saúde pelos usuários de diferentes grupos sociais principalmente através da orientação a indivíduos e grupos que por vezes desconhecem seus direitos, isso é ainda mais explícito com grupos populacionais que vivem em extrema pobreza e sofrem com a violação de direitos em seus diversos aspectos. Assim sendo, os assistentes sociais exercem um papel fundamental para o enfrentamento de desafios, bem como, para o avanço de lutas sociais e da justiça social pela garantia de saúde sem iniquidades (De Souza, 2019, p. 8).

Nesse contexto, a aproximação dos assistentes sociais com os sujeitos que ocupam espaços na política de saúde, como por exemplo: usuários, trabalhadores e gestores, possibilita uma intervenção efetiva. Ao considerarmos a análise das especificidades que irão se materializar, é essencial entendermos que elas dependerão da realidade que o profissional estará inserido (CFESS, 2010).

O ato de partir de uma perspectiva humanizada e analítica da totalidade desses usuários, considerando as condições materiais de vida e a realidade na qual ele está inserido, é parte constituinte do exercício profissional do(a) Assistente Social enquanto profissional comprometido com a justiça social e a garantia de direitos na sociedade.

4. CONCLUSÃO

Destarte, para buscar compreender a respeito do acesso à saúde pela população em situação de rua, nota-se a necessidade de discutir sobre o avanço do ultra neoliberalismo e do próprio conservadorismo e como estes possibilitaram um corte das políticas e o deslocamento dos recursos de fundo público, demonstrando descaso com a população e com aquilo que é seu direito.

Portanto, se tratando da população em situação de rua, que apesar dos avanços no que corresponde a criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011 com os consultórios na rua, ainda sim faz-se significativamente que a rede de atenção à saúde com os profissionais busque pautar as ações integralizadas e intersetoriais a este segmento social no processo para além do processo saúde-doença.

Além disso, é preciso dar condições que viabilizem a busca por esse acesso, pois é notório a necessidade desses sujeitos o acesso a práticas que auxiliem na melhoria ou conservação de sua saúde.

Considerando as inúmeras dificuldades, resultantes da negação de direitos, que influenciam a vida desta população, urge a necessidade políticas públicas que ultrapassem



o atual modelo compensatório e assistencialista e que encare essas problemáticas de forma integral, considerando a totalidade da vida desses sujeitos, colaborando de forma concomitante com o enfrentamento de todo o estigma, preconceito, discriminação e culpabilização ainda vivenciada por esse público em nossa sociedade.



REFERÊNCIAS

ABREU, Deivid de; BOTAZZO, Carlos; CARCERERI, Daniela Lemos; COUTO, Joaquim Gabriel de Andrade; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; ROS, Marco Aurelio da. **Saúde da população em situação de rua: reflexões a partir da determinação social da saúde.** Sociedade e Saúde, São Paulo, v.32, n.2, agosto de 2023. Disponível em: www.scielo.br/j/sausoc/a/ngVWNQCFFHqJWDx4WVzzVQS/?lang=pt#. Acesso em: 19 jun. 2025.

ANDRADE, Maria Angela Rodrigues Alves de. O metodologismo e o desenvolvimentismo no Serviço Social brasileiro – 1947 a 1961. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 17, n. 1, p. 268-299, 2008. Disponível em: <https://ojs.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/download/13/78>. Acesso em: 5 mar. 2026.

BRASIL. Decreto N° 7.053, de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 17 jun. 2025.

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: MDHC, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_rua_digital.pdf. Acesso em: 1 mar. 2026.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: lutas e resistências. *SER Social*, Brasília, v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630/25147. Acesso em: 1 fev. 2026.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde.** Brasília, DF: CFESS, 2010. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 2 fev. 2026.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **A ofensiva do capital e a necessária defesa da saúde pública e estatal.** Temporalis, Brasília (DF), ano 22, n. 43, p. 72-89, jan./jun. 2022. Disponível em: <https://www.periodicos.ufes.br/temporalis/article/download/38472/25302/124032>. Acesso em: 23 jun. 2024.

DE SOUZA, Karla Jamilly et al. DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL: DESAFIOS FRENTE À PRECARIZAÇÃO E O (DES) ACESSO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE. In: **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019.** 2019.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche.** São Paulo: Cortez, 2008.

MARTINS, Maria Inês Carsalade; MOLINARO, Alex. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciência &*



Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1667-1676, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qxqFNCmjdYVq8qTJt5BJPG/>. Acesso em: 1 mar. 2026.

População em situação de rua supera 281,4 mil pessoas no Brasil. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. 2022. Disponível em: www.ipea.gov.br/portal/categorias/45-todas-as-noticias/noticias/13457-populacao-em-situacao-de-rua-supera-281-4-mil-pessoas-no-brasil. Acesso em: 19 jun. 2025.

TEIXEIRA, M. B.; BELMONTE, P.; ENGSTROM, E. M.; LACERDA, A. **Os invisibilizados da cidade**: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro . *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 43, n. especial 7 dez, p. 92–101, 2022. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/2335>. Acesso em: 02 jun. 2025.