
O trabalho do/a assistente social junto às pessoas em situação de rua atendidas na Emergência do IJF¹

The work of the social worker with people in the street assisted in the IJF Emergency

Danielle de Menezes Vieira Néo²

Régia Maria Prado Pinto³

RESUMO

O presente artigo expõe uma reflexão sobre o trabalho do/a assistente social na saúde junto às pessoas em situação de rua atendidas na emergência do Instituto Doutor José Frota, hospital de urgência e emergência que é referência nos atendimentos de alta complexidade com foco no trauma, compondo a rede de assistência à saúde do município de Fortaleza, integrado ao Sistema Único de Saúde. O trabalho foi desenvolvido a partir da vivência da pesquisadora como assistente social residente na emergência do referido instituto, por meio do Programa de Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará. O percurso investigativo foi realizado à luz de estudos bibliográficos, pesquisa documental e pesquisa de campo por meio de entrevistas às assistentes sociais que trabalham na emergência do Instituto Doutor José Frota. A pesquisa mostrou que o/a assistente social no contexto hospitalar se depara com desafios diários no atendimento junto às pessoas em situação de rua, como dificuldade de articulação entre as políticas públicas, fragilidade na intersetorialidade, falta de compreensão da equipe multiprofissional sobre as atribuições e competências do/a assistente social, dentre outras adversidades. No entanto, os/as

¹ IJF é a sigla de Instituto Doutor José Frota.

² Assistente social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Urgência e Emergência na modalidade Residência pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde promovido pela Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE em parceria com o Instituto Dr. José Frota. Telefone: + 55 (85) 9 9617-2061 E-mail: daniellemenezesvieira@hotmail.com.

³ Assistente social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - PPGSS/UERJ. Mestre em Serviço Social, Trabalho e Questão Social pela Universidade Estadual do Ceará - MASS/UECE. E-mail: regiapradop@gmail.com.

profissionais conseguem identificar possibilidades de intervenção que contribuem para a efetivação dos direitos sociais das pessoas em situação de rua.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, Assistentes sociais, Pessoas em situação de rua.

ABSTRACT

This article presents a reflection on the work of the social worker in health with homeless people cared for in the emergency room of the Instituto Doutor José Frota, an urgent and emergency hospital that is a reference in high-complexity care focused on trauma, composing the health care network of the city of Fortaleza, integrated to the Unified Health System. The work was developed from the experience of the researcher as a resident social worker in the emergency of the aforementioned institute, through the Multiprofessional Residency Program of the School of Health Public of Ceará. The investigative path was carried out in the light of bibliographic studies, documentary research and field research through interviews with social workers who work in the emergency department of Instituto Doutor José Frota. The research showed that the social worker in the hospital context is faced with daily challenges in caring for homeless people, such as difficulty in articulating public policies, fragility in intersectorality, lack of understanding of the multidisciplinary team about the attributions and skills of the social worker, among other adversities. However, professionals are able to identify possibilities of intervention that contribute to the realization of the social rights of homeless people.

KEYWORDS: Health, Social workers, Homeless people.

INTRODUÇÃO

O presente estudo consiste em uma discussão sobre o trabalho do/a assistente social junto às pessoas em situação de rua atendidas na emergência do Instituto Doutor José Frota (IJF). A referida unidade hospitalar compõe a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do município de Fortaleza, estado do Ceará, conforme Portaria nº 1.600/2011, e é integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b).

O IJF é um hospital de referência no atendimento de alta complexidade à usuários vítimas de traumas, queimaduras, intoxicações, lesões vasculares graves, dentre outras causas. Diante disso, nele repercutem os fenômenos sociais da cidade de Fortaleza e do estado do Ceará, permeados por desigualdades sociais, sendo evidenciadas diversas expressões da questão social⁴, a exemplo do número expressivo de pessoas em situação de rua que demandam os serviços de urgência e emergência.

⁴ Questão social é compreendida como o “Conjunto das expressões das desigualdades sociais da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o

<i>Serv. Soc. & Saúde</i>	Campinas, SP	v. 21	e-022012	2022	e-ISSN 2446-5992
-------------------------------	--------------	-------	----------	------	------------------

Em todo o Brasil, principalmente nos grandes centros urbanos, há uma significativa parcela da população que utiliza as ruas como espaço de moradia e sustento. De acordo com o primeiro e único Censo e Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, divulgado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), até 2009 existiam 31.922 pessoas em situação de rua nas cidades brasileiras (BRASIL, 2014).

Em Fortaleza, capital do Ceará, essa realidade não é diferente. É nítida a presença de diversas pessoas que utilizam logradouros públicos, como praças, viadutos, prédios abandonados e outros espaços, como moradia e sustento. Conforme o Censo da População em Situação de Rua (2021)⁵, existe uma média de 2.653 pessoas vivendo em situação de rua na capital cearense. Destaca-se que as precárias condições de vida expõem essa população aos riscos e agravos à saúde, como: ausência de moradia convencional e de acesso à alimentação adequada, à água potável, à higiene pessoal, dentre outros. Além disso, estão extremamente vulneráveis às diversas formas de violência e de uso abusivo de substâncias psicoativas.

Nesse cenário aviltante, essa população ainda vivencia dificuldades no acesso às políticas públicas. No que se refere à saúde, as pessoas em situação de rua acessam o SUS, prioritariamente por meio da Atenção Terciária, por demandarem atendimentos de alta complexidade, conforme dados apontados pela Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b). Nessa perspectiva, com base em um levantamento realizado a partir do instrumental de notificações de pessoas em situação de rua do IJF, as principais causas de internação dessa população admitida na Emergência da referida unidade hospitalar são: agressão física, perfuração por arma de fogo ou armas perfurantes, dentre outras situações decorrentes das suas condições de vida configurando-se como causas vinculadas a violência urbana, uma das expressões da questão social.

No âmbito do IJF, o/a assistente social é parte da equipe de saúde e tem como objeto de intervenção as múltiplas expressões da questão social, fato que requer uma intervenção numa perspectiva totalizante, a fim de identificar os determinantes sociais que

trabalho torna-se amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 2001, p. 27).

⁵ Censo da População em Situação de Rua da cidade de Fortaleza (2021). Disponível em:

<https://desenvolvimentosocial.fortaleza.ce.gov.br/servicos/censo-pop-rua-2021>

<i>Serv. Soc. & Saúde</i>	Campinas, SP	v. 21	e-022012	2022	e-ISSN 2446-5992
-------------------------------	--------------	-------	----------	------	------------------

Versão eletrônica disponível em

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/about/submissions>

corroboram o processo saúde/doença. Logo, os serviços de saúde devem ser pautados pelo atendimento às necessidades das pessoas numa perspectiva crítica da realidade e considerando a concepção ampliada de saúde.

Nesse sentido, a experiência da pesquisadora como assistente social residente do Programa de Residência Multiprofissional da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) na Emergência do IJF proporcionou identificar o número significativo de pessoas em situação de rua admitidas na emergência e as suas demandas expostas para essa categoria profissional. A partir dessa aproximação, surgiram reflexões e questionamentos que propusemos investigar neste percurso, tais como: “Como se dá o trabalho do/a assistente social junto às pessoas em situação de rua atendidas na emergência do IJF?”; “Quais os principais desafios e possibilidades de intervenção do/a assistente social no atendimento às pessoas em situação de rua?”

Diante dessas indagações, o objetivo principal apresenta-se do seguinte modo: analisar o trabalho do/a assistente social junto às pessoas em situação de rua atendidas na Emergência do IJF. Já os objetivos específicos são: refletir acerca dos desafios e das possibilidades do trabalho do/a assistente social com as pessoas em situação de rua; compreender a intersetorialidade da saúde com as demais políticas públicas; investigar a percepção dos/as assistentes sociais no que concerne à equipe multiprofissional no atendimento à população de rua. É relevante a ampliação de estudos acerca do trabalho do/a assistente social junto às pessoas em situação de rua na saúde, pois há a necessidade de produções científicas sobre a temática, visto a limitação de pesquisas sobre o assunto.

Para a realização do percurso investigativo foi utilizado o método crítico dialético a fim de apreender os fatos em sua totalidade, pois é imprescindível analisar o objeto e compreendê-lo em uma realidade dinâmica e mutável. Dessa forma, trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa realizada à luz de estudos bibliográficos sobre saúde, Serviço Social e pessoa em situação de rua, além da pesquisa documental com base no instrumental de Notificação de Pessoas em Situação de Rua do Núcleo de Serviço Social do IJF (NUSERV) e da pesquisa de campo, por meio de entrevistas com as assistentes sociais que atuam na Emergência do IJF. Vale ressaltar que o estudo foi avaliado e aprovado pelo

Comitê de Ética do IJF com o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 35139714.0.000.5534.

O NUSERV IJF possui 65 assistentes sociais em seu quadro funcional, todas mulheres e com vínculo estatutário, com carga horária mínima de 24 horas semanais e que trabalham em regime de plantão. Desse modo, do quantitativo total de servidoras, 14 exercem atividades profissionais na Emergência em diferentes dias e turnos. Para a coleta de dados, foram selecionadas seis assistentes sociais que atuam na Emergência do IJF entre segunda e sexta-feira em plantão diurno.

Quanto ao perfil das entrevistas, todas são egressas da universidade pública, sendo cinco com formação pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e uma com graduação pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). No que diz respeito à formação continuada, uma possui mestrado, uma residência em saúde e as demais possuem especializações. Cinco ingressaram no IJF no ano de 2020 e uma iniciou seu exercício funcional no ano de 2018.

Para a realização das entrevistas, utilizamos um roteiro semiestruturado comum a todas as participantes, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as quais duraram em média 25 minutos, tendo sido gravadas como forma de obter a fidedignidade dos dados coletados em uma sala com a garantia do sigilo, visando ao anonimato das entrevistadas. Optamos por identificá-las com o nome da profissão seguido de números para diferenciá-las (assistente social 1, assistente social 2, assistente social 3, assistente social 4, assistente social 5 e assistente social 6).

Destarte, este estudo está organizado em três seções articuladas entre si. A primeira seção trata da política de saúde e do marco legal do direito à saúde da população em situação de rua no Brasil. A segunda seção apresenta a caracterização da população em situação de rua atendida no IJF. A terceira seção realiza a análise dos dados coletados do campo da pesquisa sobre o trabalho do/a assistente social na saúde junto às pessoas em situação de rua atendidas na Emergência hospitalar, destacando os desafios e as possibilidades para a intervenção profissional. Por fim, as considerações finais apontam reflexões que poderão contribuir para a ampliação do debate acerca da temática proposta neste artigo.

1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA À SAÚDE

O grande marco da política de saúde brasileira deu-se a partir da Constituição Federal de 1988, com a criação do SUS como direito fundamental do ser humano e dever do Estado, a qual deve ser efetivada através das políticas sociais, de modo a garantir o acesso igualitário e universal às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (CFESS, 2010). O SUS foi regulamentado por meio da Lei nº 8.080/1990, considerada como Lei Orgânica da Saúde, que regula o funcionamento do SUS em todo o território nacional, além das ações e dos serviços de saúde, e dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como a Lei nº 8.142/1990, que garante a participação popular no SUS, além do repasse de recursos financeiros intragovernamentais para a área da saúde.

Por sua vez, o SUS tem como seus princípios fundantes: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Dentre as diretrizes, estão: descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; e participação comunitária (BRASIL, 1990a).

A Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, representou um amplo avanço ao trazer a concepção de Seguridade Social (Saúde, Assistência Social e Previdência Social) com a lógica da proteção social, fruto de lutas e reivindicações históricas da população (CFESS, 2010). Dessa forma, a saúde passou a ser considerada não apenas como a ausência de doença, tendo sua concepção ampliada, com destaque para os determinantes e condicionantes da saúde. Conforme o artigo 3º da Lei nº 8.080/1990, a saúde tem a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho,

a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais como fatores condicionantes.

Desse modo, uma parcela da população desprotegida socialmente passou a ter o acesso à saúde pública, superando a lógica contributiva, conforme preconiza o Projeto de Reforma Sanitária e como versa a vigente Constituição em seu artigo 196, que aponta que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantida através de políticas sociais e econômicas que objetivem a diminuição dos riscos de doença e agravos à saúde por meio do acesso universal e igualitário às ações que viabilizem a promoção, proteção e recuperação da saúde.

De fato, identificamos avanços na política pública de saúde no Brasil, no entanto, na contemporaneidade, diante do contexto neoliberal, sobretudo a partir da década de 1990, ocorre uma “[...] tensão entre dois projetos em disputa: Reforma Sanitária e Saúde vinculada ao Mercado ou Privatista” (BRAVO, 2006, p. 88). Conseqüentemente, o processo de privatização do SUS encontra-se nas agendas governamentais, assim a população brasileira vivencia cotidianamente a precarização dos serviços ofertados e as medidas privatizantes nos diversos governos brasileiros. Desse modo, torna-se cada vez mais evidente a intervenção mínima do Estado para a garantia dos direitos sociais e da política de saúde, conquistados por meio de muitas lutas populares.

É nesse contexto que a população sofre os impactos mediante ataques aos direitos à saúde e ao financiamento público que comprometem a universalização e a plena efetivação do SUS. Não obstante, apesar de a saúde ser um direito básico de cidadania, ainda não é acessada da mesma forma por todos os grupos populacionais que vivenciam contexto de desigualdades sociais. Cohn *et al.* (2010, p. 13) afirmam que: “[...] o direito à saúde é historicamente marcado pela diferença de classes e especialmente pela distinção original dos sujeitos no mercado de trabalho”. E é nesse cenário que a população mais vulnerável se depara com entraves para o acesso à saúde pública, dentre elas, a população em situação de rua.

No que se refere à luta pelos direitos da população em situação de rua, inclusive, o acesso à saúde pública, tem destaque o Movimento Nacional de População de Rua⁶ (MNPR), que reivindicava a igualdade e a equidade de acesso à saúde dessas pessoas. Dessa forma, a partir de pressões do MNPR, com o apoio de diversos movimentos sociais, em 2008, no Governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua por meio do Decreto nº 7.053/2009, que tem como um dos seus objetivos, conforme o artigo 7º: “[...] 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”, considerando, dessa forma, os fatores condicionantes e determinantes da saúde .

Outro avanço deu-se com a criação do Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, pela Portaria nº 3.305/2009, fruto da 13ª Conferência Nacional de Saúde, ao declarar a inclusão da população em situação de rua no SUS por reconhecer a condição de vulnerabilidade social vivenciada por essa parcela da população nos grandes centros urbanos brasileiros e os entraves enfrentados para o acesso aos serviços de saúde.

A elaboração do Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, mediante a Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, definiu as diretrizes e as estratégias no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades do acesso das pessoas em situação de rua à saúde no SUS.

Essa população, contudo, ainda é extremamente vulnerável e exposta a várias situações de risco e de agravos físicos, psíquicos e psicológicos à saúde, por exemplo, a violência urbana e o uso abusivo de substâncias psicoativas, que interferem na sua condição de saúde e ameaçam a própria sobrevivência, demandando, assim, atendimento nos serviços de saúde de alta complexidade (CARVALHO, 2016).

Apesar de o Decreto nº 7.508/2011 estabelecer que a Atenção Básica deve ser a porta de entrada preferencial para o atendimento em saúde pelo SUS, as pessoas em

⁶ O MNPR é um movimento social organizado por pessoas que vivem ou viveram em situação de rua (sendo este, inclusive, um dos critérios para se fazer parte do Movimento) e que se põem na luta pela conquista de direitos que a elas são negados. O MNPR surgiu em protesto ao episódio violento conhecido com a “Chacina da Sé”, em 19 de agosto de 2005.

situação de rua acessam os serviços de saúde em contexto de urgência e emergência por vivenciarem situações que paralisam suas atividades diárias (BRASIL, 2014).

Vale salientar que, apesar dos avanços conquistados, a população em situação de rua tem “[...] um acesso limitado à saúde, especialmente aos serviços de atenção básica, que, na nova concepção de saúde, é o principal serviço para a efetivação de ações preventivas” (CARVALHO, 2016, p. 142). Nessa perspectiva, essa população, na cidade de Fortaleza/Ceará, ante as situações de agravos à saúde e de adoecimentos, demanda atendimentos de urgência e emergência no IJF.

2 REFLEXÕES SOBRE O PERFIL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CAMPO DA PESQUISA

A população em situação de rua configura-se como um grupo populacional heterogêneo, que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, que utiliza logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporária ou como moradia provisória (BRASIL, 2009b).

Dessa forma, vários fatores corroboram para que essas pessoas utilizem as ruas como espaços de moradia e sustento, portanto, é um fenômeno com multideterminantes inerente à sociedade capitalista. Nesse sentido, de acordo com Silva (2009), o fenômeno população em situação de rua é fruto de múltiplas determinações com variações históricas que o tornam elemento relevante na composição da pobreza na sociedade capitalista. A população em situação de rua é uma das expressões da questão social resultantes da sociedade capitalista e do agravamento da pobreza com base na relação desigual entre trabalho e capital. Não é a pobreza que ocasiona a situação de rua, no entanto, o fenômeno social pessoa em situação de rua é resultante da extrema pobreza decorrente do processo de produção capitalista (CARVALHO, 2016).

Fortaleza é reflexo de uma sociedade permeada por desigualdades sociais, o que repercute no expressivo número de pessoas em situação de rua. De acordo com a Pesquisa

Nacional sobre a População de Rua (PNPR), do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), realizada em 2008, Fortaleza foi apontada como a quinta cidade brasileira com maior número de pessoas em situação de rua (BRASIL, 2008). A Região Metropolitana de Fortaleza (RMF)⁷ apresenta um dos maiores índices de desigualdade do Brasil. O Boletim Desigualdade nas Metrôpoles, realizado no quarto trimestre de 2020 por pesquisadores da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS), do Observatório das Metrôpoles e do Observatório da Dívida Social na América Latina (RedODSAL), aponta que a RMF é a nona metrópole com maior índice de desigualdade social do Brasil durante a pandemia da Covid-19, sendo que o Boletim do segundo trimestre de 2020 revelava que a RMF era a quinta com maior desigualdade do país. Contudo, a RMF caracteriza-se por um grau mais elevado de desigualdades, com nítida tendência de aumento, pois, durante a pandemia, a disparidade de renda cresceu entre a população rica e a população pobre (SALATA; RIBEIRO, 2021).

O contexto pandêmico gerado pela Covid-19 expôs diversos desafios à sociedade brasileira, seja por um cenário de desmonte da saúde pública imposto por um governo ultraneoliberal, seja pelas condições sanitárias decorrentes desse vírus. Os desafios exigem a necessidade de adoção de ações eficazes e pautadas na ciência para superar as crises sanitária, econômica, social, ambiental e política. A pandemia em curso potencializou as desigualdades sociais, sobretudo, no que se refere às condições de vida das pessoas que vivem em situação de rua, acarretando a ampliação do contingente populacional em situação de rua, cujas recomendações consistem em medidas sanitárias de isolamento e de distanciamento social, entretanto, tais orientações são alheias às reais condições de vida dessas pessoas.

A população em situação de rua cotidianamente vivencia diversas formas de violações de direitos que interferem diretamente na condição de saúde, o que contribui na busca desse segmento por serviços de saúde de alta complexidade no município de

⁷ A RMF também é conhecida como Grande Fortaleza, sendo compreendida por 19 municípios: Aquiraz, Cascavel, Caucaia, Chorozinho, Eusébio, Fortaleza, Guaiúba, Horizonte, Itaitinga, Maracanaú, Maranguape, Pacajus, Pacatuba, Paracuru, Paraipaba, Pindoretama, São Gonçalo do Amarante, São Luís do Curu e Trairi.

Fortaleza, especialmente no IJF. Por conseguinte, a quantidade de pessoas em situação de rua atendidas na referida unidade de saúde é bastante significativa.

Com base nas fichas de Notificação de Pessoas em Situação de Rua do NUSERV, entre os meses de janeiro e dezembro de 2020, registraram-se 319 pessoas em situação de rua atendidas somente na Emergência. Nessa perspectiva, conforme o instrumental Notificações de Pessoas em Situação de Rua⁸, preenchido no momento da entrevista realizada pelo/a assistente social, é possível identificar as seguintes variáveis: idade, sexo, cidade de referência, documentação, causa de internação, vínculo familiar e ocupação.

Dessa forma, utilizando como referência a Notificação citada acima, identificamos a predominância do sexo masculino entre a população em situação de rua atendida no IJF, sendo 267 homens e 52 mulheres. No que se refere à faixa etária, constatamos a prevalência entre 21 e 40 anos de idade, equivalendo a 168 pessoas. Com relação à cidade de referência, verificamos que 287 pessoas atendidas relataram que têm as ruas como espaço de moradia e sustento em Fortaleza. Já 25 disseram ser provenientes da RMF, como as seguintes: Caucaia, Maranguape, Maracanaú, Horizonte, Cascavel, Pindoretama, Pacajus e Paracuru, e sete pessoas afirmaram ser advindas de outras regiões do estado do Ceará. Nesse sentido, é possível perceber como é expressivo o número de pessoas em situação de rua nos espaços urbanos. Tal fato se justifica pelo fato de historicamente os grandes centros urbanos brasileiros possibilitarem um maior acesso a trabalho e renda, de modo a atender aos interesses do grande capital (PINTO, 2020).

As grandes metrópoles brasileiras são marcadas pela desigualdade social, que repercute em diversas expressões da questão social, dentre elas, a violência urbana. Tal realidade é nítida ao identificarmos que 189 pessoas em situação de rua foram admitidas no IJF em decorrência da violência urbana (agressão física, perfuração por arma de fogo ou arma branca), 52 foram atendidas por consequência de quedas, 39 por atropelamentos e

⁸ A Notificação de Pessoas em Situação de Rua é um instrumental criado pelo NUSERV IJF, sob orientação dos Procedimentos Operacionais Padrão no que se refere à atuação do/a assistente social com as pessoas em situação de rua admitidas no IJF. Desse modo, essa notificação, que tem natureza compulsória, é preenchida no momento da entrevista social, e é declaratória com base nos relatos e histórias de vida das pessoas em situação de rua atendidas, sendo que posteriormente é encaminhada para a rede socioassistencial.

39 por causas diversas (intoxicação exógena, queimaduras, Covid-19, choque elétrico, picada de escorpião, dentre outras), conforme dados das Notificações.

Quanto à documentação civil, o instrumento de Notificação informou que 228 pessoas em situação de rua atendidas no IJF afirmaram não possuir nenhum documento e 91 pessoas disseram possuir apenas um documento. Portanto, ocorre o número expressivo de pessoas que não possuem quaisquer documentos de identificação, o que “[...] dificulta a obtenção de emprego formal, o acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania” (BRASIL, 2012, p. 25).

No tocante aos vínculos familiares, 174 dos/as usuários/as declararam não possuir referência familiar ou indicaram que os vínculos são bastante fragilizados e 145 pessoas referiram possuir alguma referência familiar. É possível observar que, apesar de ser menor, é expressiva a quantidade de pessoas em situação de rua com agravo a saúde que possuem referência familiar, entretanto situações como transtorno mental, uso abusivo de substância psicoativas, conflitos familiares, questões financeiras, dentre outras, contribuem para o rompimento e a fragilização dos vínculos familiares.

Acerca da ocupação, 258 pessoas declararam não possuir nenhuma, tendo, assim, como forma de acesso à renda a mendicância ou o benefício de Programas de Transferências de Renda do Governo Federal, como o Programa Bolsa Família (PBF). Apenas 61 pessoas afirmaram que trabalham no mercado informal, como: flanelinha, reciclador/a, vendedor ambulante, eletricista, soldador, profissional do sexo, vigilante, dentre outras ocupações. Nesse sentido, o acesso ao trabalho e à renda é fator condicionante e determinante da saúde, o que se constitui como um grande desafio para a população em situação de rua na realidade brasileira.

Por conseguinte, a realidade social tem determinantes que interferem no processo saúde-doença, pois as expressões da questão social se refletem diretamente na saúde pública. O fenômeno social população em situação de rua reverbera no trabalho do/a assistente social na saúde, sobretudo, no contexto de urgência e emergência, em que são exigidas respostas imediatas desses/as profissionais, porém, enfrentam inúmeros desafios diários em uma conjuntura adversa, de retração de direitos.

3 TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL JUNTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA ATENDIDAS NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

O/A assistente social é parte constituinte dos/as profissionais que compõem a equipe multiprofissional em todos os níveis de atenção e equipamentos dos serviços de saúde. A partir da Resolução nº 383/1999, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o/a assistente social foi caracterizado/a como profissional da saúde, a partir da nova concepção de saúde trazida pela Constituição Federal de 1988. Assim, o/a referido/a profissional passou a ter o seu trabalho legitimado na perspectiva da apreensão dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.

O Serviço Social na área da Saúde tem como objetivo primordial: “[...] a compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (CFESS, 2010, p. 28). Sendo assim, o/a assistente social identifica os determinantes que estão diretamente relacionados ao processo saúde-doença e, a partir de então, realiza a sua intervenção com base em uma “[...] leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida, identificação das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil [...]” (CFESS, 2010, p. 35).

Desse modo, é a partir da análise crítica da realidade social que o/a assistente social trabalha sob três dimensões indissociáveis: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. As autoras Lima, Moreira e Lemos (2020) afirmam que a primeira se refere à capacidade de apreender a realidade, no sentido de superar a aparência dos fatos e compreendê-los em sua totalidade, com base nos fundamentos que orientam a profissão. A segunda está relacionada às escolhas e posicionamentos para se definir a finalidade. Por fim, a terceira se refere aos meios necessários e aos instrumentos para alcançar o objetivo.

Para isso, o trabalho do/a assistente social tem como referência um conjunto de regulamentações profissionais, como: o Código de Ética do Assistente Social de 1993; a Lei de Regulamentação da Profissão (1993); e as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (IAMAMOTO, 2009). Soma-se ainda o conhecimento das legislações específicas relacionadas às políticas públicas, como no caso

da política de saúde, das Leis Orgânicas (8.080/1990 e 8.142/1990), das normas operacionais, dentre outras.

Vale ressaltar que o Projeto Ético-Político do Serviço Social no Brasil é vinculado ao projeto de reforma sanitária e tem o compromisso com a defesa do SUS. Desse modo, os/as assistentes sociais são demandados/as a promoverem a democratização do acesso aos serviços de saúde, de modo a aproximarem as unidades de saúde da realidade, assim como fortalecerem a participação popular e possibilitarem o acesso às informações, além de realizarem trabalho interdisciplinar (CFESS, 2010).

O Serviço Social é uma profissão de natureza interventiva que exerce lugar na divisão social e técnica do trabalho (GUERRA, 2013), portanto, a questão social é o objeto de intervenção. Dessa maneira, o/a assistente social, no contexto da urgência e emergência, depara-se com inúmeras expressões da questão social, dentre elas, o fenômeno pessoa em situação de rua. Assim, este/a profissional é demandado/a a realizar uma intervenção pautada na análise dos determinantes sociais que estão para além do ambiente hospitalar e interferem na saúde das pessoas em situação de rua atendidas no IJF.

No tocante às pessoas em situação de rua admitidas na Emergência do IJF, conforme a vivência enquanto residente, apreendeu-se que após o atendimento clínico, o/a assistente social do setor de emergência realiza entrevista social com escuta qualificada a fim de conhecer e intervir na realidade social, bem como, a partir das demandas, articular e realizar encaminhamentos para as demais políticas públicas. Durante o atendimento, o/a assistente social também busca identificar e intervir junto às referências familiares e comunitárias, respeitando a autonomia dos sujeitos envolvidos, na perspectiva de contribuir no acesso aos direitos sociais.

O Serviço Social do IJF utiliza em seu cotidiano profissional os denominados Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), que são instrumentos organizativos que orientam a atuação profissional, o planejamento das atividades e os momentos de reflexões acerca das ações. No entanto, vale ressaltar que são utilizados pelos/as assistentes sociais não de modo tecnicista, mas de maneira reflexiva, uma vez que cada situação demanda uma resposta específica em meio à intensa dinâmica da realidade social.

Com relação ao POP (2020) que se refere ao atendimento do/a assistente social às pessoas em situação de rua, o objetivo principal consiste em realizar o atendimento das pessoas que têm as ruas como espaço de moradia e sustento, na perspectiva de garantia de direitos e suporte à alta hospitalar (NUSERV IJF, 2020). Assim, esse documento descreve as principais ações do/a assistente social com essa população específica ao ser admitida no IJF, a fim de conhecer o contexto socioeconômico, identificar a realidade do/a usuário/a e as demandas referentes aos direitos sociais.

É fundamental o primeiro contato do/a assistente social com as pessoas em situação de rua admitidas na emergência do IJF, pois são identificadas as principais demandas através da escuta qualificada, já que em muitos momentos as demandas não se apresentam de forma imediata e o/a assistente social tem que decifrar a realidade social dos/as usuários/as atendidos/as. Em consonância, a assistente social 1 (2021) destacou que “[...] as demandas das pessoas em situação de rua não se apresentam de forma explícita, sendo primordial realizar escuta atenta a fim de identificar e realizar encaminhamentos necessários com celeridade”. Portanto, a própria natureza da urgência e emergência requer intervenções rápidas, já que algumas pessoas em situação de rua são atendidas e, em seguida, recebem alta.

A pesquisa de campo identificou que as entrevistadas compreendem a trajetória de vida de cada pessoa em situação de rua admitida na emergência do IJF como fruto das desigualdades sociais intrínsecas da sociedade capitalista. Nas falas das assistentes sociais, há um consenso no entendimento do fenômeno população de rua como resultante de múltiplas expressões da questão social, configurando-se como um público heterogêneo. A assistente social 1 (2021) definiu a população em situação de rua “[...] como a representação da exclusão social de diversas formas [...]” e acrescentou que, “[...] quanto mais a desigualdade social cresce, aumenta o quantitativo de pessoas em situação de rua e a sociedade naturaliza esse fenômeno”.

É válido ressaltar que um grande número de pessoas em situação de rua obtém acesso aos serviços de saúde devido a alguma doença ou agravo à saúde, e não com a visão preventiva de manter os cuidados da saúde. Nessa perspectiva, o acesso à saúde dessas pessoas consiste no aspecto curativo (COHN *et al.*, 2010).

A respeito das principais requisições ao Serviço Social pelos/as usuários/as em situação de rua admitidos/as na emergência do IJF, o campo revelou que muitas demandas estão além do ambiente hospitalar, conforme a assistente social 2 (2021) sintetizou, a exemplo da procura por familiares e rede de apoio através da busca por endereço; solicitação de documentação pessoal, tendo em vista que a maioria das pessoas não possui nenhum tipo de documento; encaminhamentos para as políticas públicas, sobretudo para a política de assistência social, em que ocorre maiores demandas dessa população, e para a própria política de saúde, por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com a finalidade de tratamento para o uso abusivo de substâncias psicoativas.

Tendo como base a experiência adquirida como residente do IJF, é bastante recorrente o fato de pessoas em situação de rua serem admitidas na emergência e relatarem não possuir o documento de identidade, por terem perdido ou por nunca terem emitido a referida documentação. Assim, o NUSERV IJF tem uma articulação com a Coordenadoria de Identificação Humana e Perícias Biomédicas do Estado do Ceará (CIHPB), que viabiliza a emissão do Registro Geral (RG) para usuários/as internados/as na mencionada unidade de saúde. No entanto, em decorrência da pandemia, esse serviço está temporariamente suspenso, o qual, contudo, possui grande importância, pois a documentação legal é um instrumento de garantia de direitos e acesso às políticas públicas.

Ainda sobre as principais demandas apresentadas pelas pessoas em situação de rua, algumas entrevistadas enfatizaram que muitas vezes são apresentadas demandas objetivas que necessitam de respostas imediatas e o/a assistente social é procurado/a para resolver problemas e atender a algumas requisições, tais como: “Solicitação de roupa para sair, alimentação, abrigo, transporte ou encaminhamento para o Centro Pop⁹” (assistente social 3, 2021). A referida profissional ainda lançou a seguinte problematização: “Quantas vezes temos que tirar dinheiro do próprio bolso para poder contribuir com o transporte ou até mesmo trazer roupas de casa para dar a eles/as?” (assistente social 3, 2021). Contudo, ela mesma apontou que, a partir de tais das questões, é possível realizar uma intervenção de

⁹ Centro de Referência para População em Situação de Rua (Centro Pop). No município de Fortaleza existem duas unidades: Centro e Benfica. A primeira unidade está localizada na rua Jaime Benévolo, número 1.059, José Bonifácio, e a segunda na avenida João Pessoa, número 4.180, Damas. No entanto, o Centro Pop Centro é o que abrange o território de referência do IJF, o que justifica o fato de ocorrer um maior número de encaminhamentos para essa unidade específica.

modo a identificar se a pessoa possui vínculo familiar para tentar localizar a família, caso seja a vontade do/a usuário/a, além de possibilitar encaminhamentos.

Segundo Silveira (2012), ratificando a concepção de que cada pessoa tem a sua história de vida e a sua própria maneira de lidar com ela; assim sendo, a autonomia de cada sujeito deve ser preservada e respeitada. Dessa maneira, os encaminhamentos realizados pelos/as assistentes sociais respeitam a autonomia de cada pessoa em situação de rua e dependem muito das demandas e das solicitações que são apresentadas por esse público específico.

Portanto, “[...] verifica-se que a ida e manutenção dessas pessoas no âmbito hospitalar não se direcionam ao desejo pelo autocuidado, mas antes a saciar a fome e a um local de abrigo” (CARVALHO, 2016, p. 196). Nessa perspectiva, as entrevistadas evidenciaram que o fazer profissional tem limites estruturais e, no contexto da urgência e emergência, restringe-se ao espaço do hospital, pois, no momento da alta hospitalar, são realizados os encaminhamentos, seja para o Centro Pop, para o CAPS ou para outra instituição; as participantes da pesquisa apontaram ainda que, após a pessoa sair do hospital, não possuem mais informações sobre ele/a, a menos que a pessoa em situação de rua seja readmitido/a no IJF. Desse modo, criam um vínculo com o/a usuário/a, mas a dinâmica hospitalar não permite um acompanhamento dessas pessoas.

No cotidiano da emergência hospitalar, o/a assistente social é demandado/a a dar respostas às ocorrências apresentadas pela população em situação de rua e, para isso, necessita utilizar três principais dimensões: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Assim sendo, a assistente social 6 (2021) indicou que, “[...] na verdade, as três dimensões perpassam por nosso fazer profissional em qualquer âmbito de atuação profissional, sendo inerente ao trabalho do/a assistente social”.

Sobre a perspectiva teórico-metodológica, a assistente social 3 (2021) apontou que “[...] devemos ter um olhar sensível e compreender o contexto sócio-histórico da pessoa em situação de rua, que é fruto do sistema capitalista”. Sendo assim, entende-se que o fenômeno população em situação de rua configura-se como refração da questão social, sendo fundamental a compreensão da totalidade e dos determinantes que os/as levaram a ter a rua como espaço de moradia, pois é pertinente ir além da aparência dos fatos.

Já sobre a dimensão ético-política, a assistente social 5 (2021) afirmou que “[...] o trabalho deve ser pautado pelo código de ética, e a intervenção com a população em situação de rua requisita a compreensão dos fatos para além da doença”. Portanto, deve-se atuar conforme a direção do Projeto Ético Político da profissão e se posicionar a favor daqueles/as que sofrem com as desigualdades sociais, de forma a efetivar os direitos das pessoas em situação de rua e garantir o acesso aos serviços socioassistenciais e as demais políticas públicas.

Quanto à dimensão técnico-operativa, as assistentes sociais 1 e 3 (2021) declararam que “[...] essa perspectiva corresponde à garantia de direitos ao realizar encaminhamentos e orientações”. Corroborando a mesma ideia, a assistente social 5 (2021) acrescentou que “[...] a dimensão técnico-operativa se dá através dos encaminhamentos, relatórios e instrumentais dispostos no atendimento”. Sobre a dimensão técnico-operativa, consiste na autoimagem da profissão e é o conjunto de formas, instrumentos e técnicas utilizados pelo/a assistente social para intervir nas expressões da questão social (GUERRA, 2017).

De acordo com as entrevistadas, no que tange aos principais procedimentos, técnicas e estratégias empregados pelos/as assistentes sociais do IJF junto às pessoas em situação de rua, estão atendimentos individualizados, entrevistas sociais, preenchimentos da Notificação para Pessoas em Situação de Rua, buscas de possíveis referências familiares, relatórios sociais, além de encaminhamentos sociais, sobretudo para o Centro Pop, para o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), para a célula de Alta Complexidade da Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SDHDS), com o objetivo de solicitar acolhimento institucional, dentre outros, como é possível identificar no discurso da assistente social 1 (2021) ao afirmar que o Centro Pop é o principal órgão de encaminhamentos, além do CAPS e do CAPS AD.

Nas entrevistas, as nossas informantes afirmaram que é bastante comum pessoas em situação de rua relatar fazer o uso de substâncias psicoativas. Isso se justifica pelo fato de existirem diversos encaminhamentos para o CAPS AD, inclusive essa é uma das principais questões apontadas por eles/as no que se refere aos fatores que contribuíram para a fragilização ou rompimento do vínculo familiar. Assim, quando o/a usuário/a expressa o desejo de tratamento, é encaminhado para a rede de saúde mental. A

população em situação de rua tem o costume de fazer o uso abusivo de álcool e outras drogas em decorrência de comportamentos e/ou hábitos anteriores ou até mesmo pelo próprio contexto adverso (BRASIL, 2008).

A política de saúde deve estar articulada com as demais políticas públicas, sobretudo com a política de assistência social, para que sejam possíveis a realização de encaminhamentos e a efetivação de direitos das pessoas em situação de rua com o acesso à rede socioassistencial. Desse modo, destacamos a relevância do Centro Pop ao tornar acessível os serviços socioassistenciais, tais como a documentação legal, a realização do Cadastro Único para os programas sociais, dentre outros serviços. A assistente social 2 (2021) destacou que “[...] um único encaminhamento pode *oportunizar* várias possibilidades. Ao ser direcionada para o Centro Pop, a pessoa pode ter acesso à documentação, ter Cadastro Único, receber o Bolsa Família e obter vaga em unidade de acolhimento”.

A intersetorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013, p. 1-2).

Assim, consideramos a importância da intersetorialidade na “[...] perspectiva de conceber a saúde no âmbito da Seguridade Social” (CFESS, 2010, p. 61). No contexto hospitalar, o/a assistente social trabalha numa perspectiva intersetorial, pois se propõe a identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde e, assim, busca as respostas para as demandas no âmbito do Estado e da sociedade civil (CFESS, 2010). Nesse sentido, compreende-se que: “[...] saúde é moradia, é assistência, é alimentação, é saneamento básico, é habitação. Como podemos dizer que um ser é saudável se ele não tem tudo isso? Isso tudo é intersetorialidade” (assistente social 3, 2021).

Ratificando a concepção de intersetorialidade, as assistentes sociais 2, 4, 5 e 6 (2021) ressaltaram que, para dar resolutividade às demandas, é necessária a articulação entre as políticas públicas, principalmente no que se refere às políticas sociais, ou seja, a viabilização de direitos, as políticas de assistência e de habitação, dentre outras. Sem haver

a intervenção intersetorial e o diálogo entre o trabalho, a renda e a assistência social com relação aos benefícios socioassistenciais e à necessidade de atenção à saúde, sem dúvidas isso comprometerá a resolução das demandas apresentadas pelas pessoas em situação de rua. No IJF é comum a articulação com o Ministério Público, núcleos de defesa de direitos e outros órgãos.

Desse modo, há uma conformidade no discurso das entrevistadas quanto à importância da intersetorialidade no trabalho do/a assistente social junto às pessoas em situação de rua, entretanto, destacaram que se deparam no cotidiano profissional com desafios diários para garantir respostas às demandas dessa população, principalmente ao se referir à realização de encaminhamentos, devido à precarização das políticas públicas. Conforme afirmaram as assistentes sociais 5 e 6 (2021), as principais dificuldades se dão a partir da fragilidade da rede, das políticas públicas de modo geral, mesmo que sejam políticas voltadas para a população em situação de rua, pois não estão adequadas à realidade. Outro fator é o sucateamento da Política de Assistência Social, sendo que essa política pública é fundamental para a garantia de direitos das pessoas em situação de rua, através da oferta de ações e serviços socioassistenciais, no entanto, nos últimos anos vem sendo alvo de desmontes, o que repercute na complexidade em efetivar o acolhimento institucional, pois a oferta de serviços se torna insuficiente para a numerosa população de Fortaleza que demanda atendimento.

Apesar de a Resolução nº 40/2020, que dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, garantir a atuação intersetorial entre os serviços do SUS e da Assistência Social, percebe-se que há uma dificuldade de articulação entre as políticas públicas, sobretudo, entre a Política de Saúde e a de Assistência Social. Tal questão se expressa principalmente quando a pessoa em situação de rua, em decorrência do trauma que sofreu, torna-se pessoa com deficiência, temporária ou permanente, fato que agrava a condição de vulnerabilidade, impossibilita muitas vezes o retorno para a situação de rua, por depender de cuidados para o provimento das suas necessidades básicas, e, assim, demanda encaminhamento para a política de assistência, contudo, a principal limitação é ter unidade de acolhimento que atenda a usuários/as com esse perfil, o que inviabiliza a desospitalização.

No contexto neoliberal, observa-se um agravamento das expressões da questão social e uma concepção de Estado mínimo nas respostas a tais refrações. Ressaltam-se nessa conjuntura a mercantilização das políticas públicas e a ampliação do assistencialismo (CFESS, 2010). Na prática, isso se expressa em baixos investimentos para as políticas públicas e incentivos às instituições privadas, como as Organizações não Governamentais (ONGs). Dessa forma, na ausência de respostas das políticas públicas, a assistente social 3 (2021) enfatizou o seguinte: “[...] às vezes, encaminhamos para as ONGs, como a ONG Família Melhor ou para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPS)”.

Para a assistente social 4 (2021), o contexto da pandemia de Covid-19 significou um aumento do número de pessoas em situação de rua admitidas na Emergência do IJF, contudo, observou que, no que concerne aos serviços, sobretudo, da Política de Assistência Social, não houve uma ampliação da oferta ocasionando a exponencial burocratização para acessá-los, uma vez que as instituições faziam uma série de exigências, tais como, a solicitação do teste de Covid-19 para permitir que a pessoa em situação de rua fosse encaminhada à unidade de acolhimento. Isto é, configurava-se como negação de direitos a essa população.

Acerca do trabalho do/a assistente social na inserção da equipe multiprofissional no atendimento às pessoas em situação de rua, apesar de incompreensões por parte de algum/as profissionais sobre o fazer profissional do Serviço Social, as entrevistadas reconhecem a grande relevância da intervenção de cada profissional que compõe a equipe multiprofissional, de modo a compreender o/a usuário em sua totalidade, para além da questão clínica, entendendo os fatores condicionantes e determinantes que interferem na saúde dele/a. O/A assistente social inserido/a na equipe multiprofissional “[...] dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência distinta para o encaminhamento das ações” (CFESS, 2010, p. 46). Em vista disso, cada categoria profissional, com base em suas competências, exerce suas ações específicas de forma complementar e integral.

As assistentes sociais 3 e 5 (2021) enfatizaram que o trabalho do Serviço Social na equipe multiprofissional se dá no sentido de ter uma análise ampliada dos condicionantes da saúde do/a usuário/a para além da ausência de doença. Há, então, a necessidade de

que toda a equipe de saúde tenha a compreensão da realidade no que concerne às possíveis causas e consequências, bem como no que se refere à promoção de atendimento humanizado, ao compreender que as pessoas em situação de rua são sujeitos de direitos.

Todavia, referente ao atendimento às pessoas em situação de rua, as entrevistadas apontaram a dificuldade de compreensão por parte da equipe multiprofissional quanto às reais atribuições e competências profissionais do/a assistente social como um desafio a ser superado. Em conformidade com CFESS (2010), os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde expressam que o/a assistente social enfrenta adversidades em alguns contextos com relação ao seu trabalho, no entendimento de suas reais atribuições e competências por parte das equipes de saúde frente às pressões por respostas às demandas e à fragmentação do trabalho existente.

Nessa perspectiva, no cenário da urgência e emergência, o trabalho em equipe multiprofissional ainda tem muito o que avançar, com vista a superar a fragmentação do fazer profissional de cada categoria. No ambiente hospitalar, é pertinente destacar que há embates, sobretudo, a respeito da alta médica e da alta social. Na ocasião da alta hospitalar do/a usuário/a em situação de rua, a problemática é que nem sempre a alta médica e a alta social ocorrem simultaneamente. Tal fato propicia, muitas vezes, divergências entre os/as próprios/as profissionais da equipe de saúde, pois há uma exigência que o/a assistente social tenha agilidade na resolução das ocorrências pertinentes ao acolhimento ou ao retorno do/a usuário/a para as famílias.

As assistentes sociais 1, 4, 5 e 6 (2021) relataram que as demandas acerca das pessoas em situação de rua não ocorrem de forma compartilhada entre a equipe multiprofissional, haja vista que, em muitas circunstâncias, a equipe concebe que essas demandas são exclusivas do Serviço Social, inclusive ao exigir soluções rápidas. Com relação à alta médica e à alta social, as entrevistadas salientaram que, às vezes, não ocorrem no mesmo ritmo e que, quando isso acontece, surgem divergências entre a equipe, pois a alta social ainda não é reconhecida por alguns/mas profissionais. O diálogo com a equipe multiprofissional se torna desafiador, no sentido de que os/as profissionais de outras categorias possam compreender os processos que condicionam a saúde das pessoas, como

o acesso à renda, à moradia, à convivência familiar e social, enfim, uma série de situações que implicam no processo de saúde.

O IJF, como equipamento de saúde, possui relações verticalizadas e nota-se que ainda há uma ênfase no modelo de saúde biomédico, tornando o trabalho em equipe multiprofissional desafiador. Desse modo, é possível identificar que a alta social ainda é um desafio para o Serviço Social na saúde. No tocante à alta médica e à alta social, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde mencionam que devem ocorrer concomitantemente, pois há situações em que o/a usuário/a recebe alta médica sem condições de alta social. Quando isso ocorre, o/a assistente social deve notificar a equipe e registrar sua intervenção no prontuário, no sentido de ratificar o caráter do atendimento em equipe (CFESS, 2010).

Não podemos deixar de mencionar outra problemática apontada pelas entrevistadas, as pessoas em situação de rua ainda sofrem muitos estigmas na emergência hospitalar, seja por parte de profissionais de saúde, seja por outros/as usuários/as do SUS. Nesse sentido, “[...] existe o preconceito e a estigmatização nos atendimentos de saúde construídos e reforçados historicamente pela associação situação de rua/ violência” (CARVALHO, 2016, p. 221). Tal fato decorre de muitas pessoas em situação de rua terem como principal causa de internação no IJF a violência urbana. Como foi possível observar na sessão anterior, para tanto, em alguns momentos, o/a assistente social precisa fazer o papel de mediador/a para que as necessidades básicas dessas pessoas sejam atendidas e garantidas, a exemplo da requisição de alimentação ou de higienização.

As entrevistadas indicaram outra dificuldade que corresponde às próprias condições de trabalho do/a assistente social na emergência, como espaço físico que não garante sigilo durante os atendimentos e sobrecarga de trabalho em face do excesso de demandas devido à grande quantidade de usuários/as em atendimento. Sobre isso, as assistentes sociais 2 e 4 (2021) salientaram a dificuldade de garantir o sigilo profissional no momento das entrevistas sociais em decorrência da ausência de um espaço específico para atendimento na própria emergência, o que, muitas vezes, inviabiliza a escuta qualificada, além de inúmeras demandas que, por vezes, impedem um acolhimento adequado. Outro

ponto dissertado foi a complexidade em refletir sobre a própria prática profissional devido à dinâmica acelerada do setor.

Por conseguinte, apesar dos inúmeros desafios mencionados anteriormente, as entrevistadas destacaram algumas possibilidades no trabalho junto às pessoas em situação de rua no IJF quanto ao atendimento das demandas trazidas pelas pessoas, através de encaminhamentos, articulação com as políticas públicas, identificação de referências familiares com restabelecimento de vínculos, orientações sobre os direitos sociais, análises e construções de projetos de vida, sempre respeitando a autonomia dos/as usuários/as. Quanto a isso, a assistente social 1 (2021) afirmou que é fundamental “[...] ter um olhar diferenciado no atendimento, pois podemos encontrar possibilidades e resoluções para mudança de realidade daquela pessoa, desde o contato e a aproximação com a família e a articulação com instituições por meio de encaminhamentos”.

Por fim, no contexto do IJF, o/a assistente social, ao trabalhar junto às pessoas em situação de rua, é desafiado/a cotidianamente, porém, ao apreender e decifrar a realidade social, consegue identificar as possibilidades de intervenção, de modo a contribuir na efetivação dos direitos dessas pessoas, sempre alinhado/a aos princípios do Código de Ética profissional, com a defesa intransigente dos direitos humanos, reconhecimento da liberdade como valor ético central, recusa do arbítrio e do autoritarismo, ampliação e consolidação da cidadania, defesa do aprofundamento da democracia, posicionamento em favor da equidade e justiça, empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, respeito à diversidade e garantia do pluralismo (BRASIL, 1993a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou uma reflexão crítica sobre o trabalho do/a assistente social junto às pessoas em situação de rua atendidas na emergência do IJF. Convém reforçar que essa unidade hospitalar é um reflexo dos fenômenos sociais da cidade de Fortaleza e nela repercutem diversas expressões da questão social inerentes ao capitalismo, por exemplo, a expressiva quantidade de pessoas em situação de rua admitidas, sobretudo, vítimas da violência urbana. Nessa perspectiva, a principal forma de acesso da população de rua aos serviços de saúde ocorre pela Atenção Terciária, pois demandam atendimentos de alta

complexidade em decorrência de agressões físicas, atropelamentos e outros adoecimentos ou agravos à saúde.

Os/as assistentes sociais da Emergência do IJF cotidianamente são demandados/as a trabalharem junto às pessoas em situação de rua admitidas no Hospital e se deparam com uma série de desafios, tais como: dificuldade de articulação entre as políticas públicas, fragilidade na intersectorialidade e exigência de respostas rápidas às demandas dos/as usuários/as em tela e às requisições institucionais no tocante à alta hospitalar. Soma-se a isso a falta de compreensão da equipe multiprofissional sobre as reais atribuições e competências do/a assistente social. Além de problemas como, espaço físico inadequado que não garante sigilo profissional e sobrecarga de trabalho.

A partir da análise das entrevistas, foi possível perceber que a fragilidade de articulação das políticas públicas foi apontada como um dos principais desafios para o trabalho do/a assistente social junto às pessoas em situação de rua na conjuntura do enfrentamento das expressões da questão social. Assim, enfatizamos a relevância da intersectorialidade, pois é a partir da interlocução entre as políticas públicas que é possível o/a assistente social dar respostas às demandas apresentadas por essa população específica, tendo em vista a efetivação dos direitos das pessoas em situação de rua atendidas no IJF, superando a trajetória histórica de discriminação e de negação de direitos a essas pessoas.

Tais dificuldades foram agravadas na conjuntura pandêmica da Covid-19, pois, conforme apontaram as entrevistadas, houve aumento de internações das pessoas em situação de rua e as instituições da rede socioassistencial passaram a solicitar mais exigências, a exemplo do teste de Covid-19. Outro fator apontado foi a inserção do/a assistente social na equipe multiprofissional, pois possibilita aos/às profissionais de saúde a compreensão do/a pessoa em situação de rua para além do aspecto curativo, compreendendo-o/a em sua totalidade e percebendo todos os fatores que interferem nas condições de saúde. Entretanto, o trabalho multiprofissional ainda precisa avançar, considerando o fato de as assistentes sociais terem enfatizado que alguns/mas profissionais de saúde desconhecem as reais atribuições e competências do/a assistente

social; além disso, no ambiente hospitalar, ainda há embates, especialmente, sobre a alta médica e a alta social, pois nem sempre acontecem de forma simultânea.

A questão da alta hospitalar é um assunto que precisa ser refletido entre todos da equipe de saúde com o intuito de que seja realizada uma necessária atuação conjunta, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde e o respeito às diferentes competências profissionais. Assim, fazem-se necessárias as reflexões acerca das implicações que se dão na ocasião da alta médica e da alta social de usuários/as, cuja demanda por saúde está para além do espaço hospitalar e demanda uma intersectorialidade entre as outras políticas públicas, sobretudo, com a política de Assistência Social.

Na área de Saúde, é perceptível que um dos grandes desafios é a superação do modelo biomédico e das relações de poder que estão configuradas nos valores que, culturalmente, estão acrescidos a cada profissão. Para mudar essa realidade, será necessária uma maior integração e maior diálogo entre os/as profissionais da equipe de saúde, em que a compreensão interdisciplinar das questões relacionadas com o processo saúde-doença prevaleça e a partilha de saberes possa constituir uma prática permeada pela ética e respeito mútuo.

No entanto, em meio a esse contexto tão desafiador, as assistentes sociais do IJF, a partir da apreensão da realidade social, conseguem identificar possibilidades de intervenção e, através de um conjunto de instrumentos e técnicas, responder às principais demandas apresentadas pela população de rua, sempre respeitando a autonomia de cada pessoa, em consonância com o Código de Ética profissional e com base nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da profissão. Portanto, faz-se necessária uma leitura crítica da realidade para identificar as demandas, considerando os fatores determinantes da saúde, e reconhecer as possibilidades para nela intervir.

Dentre as principais possibilidades com relação ao trabalho junto às pessoas em situação de rua, podemos elencar algumas: encaminhamentos e diálogos com equipamentos; reflexão juntos aos/às usuários/as acerca da realidade e da possibilidade de construção de projetos de vida; identificação de referências familiares com restabelecimento de vínculos; e orientações sobre os direitos sociais. Em síntese, é de grande importância o trabalho do/a assistente social no âmbito do SUS, de modo a

defender a política pública de saúde e a contribuir para a efetivação dos direitos sociais das pessoas em situação de rua. Dessa maneira, fazem-se necessárias as discussões, a ampliação dos espaços de debates e estudos sobre o trabalho do/a assistente social junto às pessoas em situação de rua no contexto hospitalar, assim como o diálogo com os/as gestores/as da administração pública visando à articulação em rede e à intersectorialidade entre as políticas públicas.

Recebido em maio de 2022 – Aprovado em dezembro de 2022

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Censo do Sistema Único da Assistência Social (Suas)**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2014. Disponível em

https://desenvolvimentosocial.fortaleza.ce.gov.br/images/Relat%C3%B3rio_Censo_-_Atualizado_compressed.pdf. Acesso em 11 fev. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. Resolução nº 273, de 13 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 mar. 1993a. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_273-93.pdf. Acesso em 25 jan. 2022.

BRASIL. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out.

1988. Disponível em

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 25 jan. 2022.

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 Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 dez. 2009a. Disponível em

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em 24 jan. 2022.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em 23 jan. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 23 jan. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em 22 jan. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 1993b. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm. Acesso em 24 jan. 2022.

BRASIL. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em 24 jan. 2022.

BRASIL. **Pesquisa Nacional para População em Situação de Rua**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009b. Disponível em https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em 25 jan. 2022.

BRASIL. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jul. 2011b. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em 21 jan. 2022.

BRASIL. Portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 dez. 2009c. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html. Acesso em 21 jan. 2022.

BRASIL. **Primeiro Censo e pesquisa nacional sobre a população em situação de rua.**

Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, 2008. Disponível em

<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/PainelPEI/Publicacoes/C13%20n104%20->

[%20PRIMEIRO%20CENSO%20E%20PESQUISA%20NACIONAL%20SOBRE%20A%20POPULACAO%20EM%20SITUACAO%20DE%20RUA.pdf](http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/PainelPEI/Publicacoes/C13%20n104%20-%20PRIMEIRO%20CENSO%20E%20PESQUISA%20NACIONAL%20SOBRE%20A%20POPULACAO%20EM%20SITUACAO%20DE%20RUA.pdf). Acesso em 21 jan. 2022

BRASIL. Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2013. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0002_27_02_2013.html. Acesso em 21 jan. 2022.

BRASIL. Resolução nº 40, de 13 de outubro de 2020. Dispõe sobre as diretrizes para promoção, proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas em situação de rua, de acordo com a Política Nacional para População em Situação de Rua. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, Brasília, DF, 5 nov. 2020.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, E. *et al.* (org.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Ministério Saúde, 2006. p.

88-110. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-40-de-13-de-outubro-de-2020-286409284>. Acesso em 23 jan. 2022.

CARVALHO, Sandra Moreira Costa. **População adulta em situação de rua e o acesso à saúde**. Rio de Janeiro: Autobiografia, 2016.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; BATISTA; Kátia Gerlânia Soares; SILVA, Leandro Roque. A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB. *In: Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Famílias*. Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, 2013.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF: 2010.

COHN, Amélia; NUNES, Edison; JACOBI, Pedro; KARSCH, Ursula. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 2010.

FORTALEZA. **Cartilha de Políticas Públicas para População em Situação de Rua de Fortaleza**. Fortaleza: Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social, 2018. Disponível em https://desenvolvimentosocial.fortaleza.ce.gov.br/images/cartilha_pop_rua_parte_1.pdf. Acesso em 25 jan. 2022.

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. *In: SANTOS, Cláudia Mônica; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Org.). A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. 2. ed. Juiz de Fora: UFJF, 2013. p. 45-74.

GUERRA, Yolanda. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. *In: SANTOS, Cláudia Mônica dos Santos; BACKX, Sheila; GUERRA, Yolanda (Org.). A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2017. p. 49-76.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis**, Brasília, DF, v. 2, n. 3, p. 9-32, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. *In: Serviço Social: direitos e competências profissionais*. Brasília, DF: CFESS, 2009. p. 342-375.

LIMA, Daniele da Silva de; MOREIRA, Joana Idayane Silveira; LEMOS, Neubejâmia Rocha da Silva. O uso da entrevista no atendimento ao usuário do Serviço Social. *In: ALVES, Danielle Coelho; VALE, Erlenias Sobral do; CAMELO, Renata Albuquerque (Org.)*.

Instrumentos e técnicas do Serviço Social: desafios cotidianos para a instrumentalidade mediada. Fortaleza: UECE, 2020. p. 359-401.

NÚCLEO DE SERVIÇO SOCIAL IJF. **Procedimentos Operacionais Padrão (POP 'S)**. Manual descritivo de tarefas e procedimentos, versão 2.0, setembro de 2020. Procedimentos Operacionais Padrão (POP 'S), [S. l.], setembro/2020.

PINTO, Régia Maria Prado. **Trabalho e população em situação de rua:** uma análise à luz da questão social no Ceará. 2020. 310 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

SALATA, André Ricardo; RIBEIRO, Marcelo Gomes. **Boletim Desigualdade nas Metrôpoles:** n. 03. Porto Alegre: PUC/RS, 2021. Disponível em https://www.pucrs.br/datasocial/wp-content/uploads/sites/300/2022/07/boletim_desigualdade_nas_metropoles_05.pdf. Acesso em 26 jan. 2022.

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

SILVEIRA, Angélica da. Relato de experiência do serviço social no atendimento à pessoa em situação de rua. *In*: BRASIL. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua:** atribuições da equipe multiprofissional. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. p. 45-47.