

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS - CAMPUS DE FRANCA

ELAINE TEIXEIRA ALVES DOS SANTOS

SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SERVIÇO SOCIAL:
o trabalho nas equipes de Consultório na Rua

FRANCA/SP

2025

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS - CAMPUS DE FRANCA

ELAINE TEIXEIRA ALVES DOS SANTOS

SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SERVIÇO SOCIAL:
o trabalho nas equipes de Consultório na Rua

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho” - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS), para obtenção do Título de Doutora em Serviço Social.

Linha de pesquisa: Estado, Políticas Sociais e Serviço Social

Orientadora: Professora Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

FRANCA/SP

2025

S237s	Santos, Elaine Saúde da População em Situação de Rua e Serviço Social : o trabalho nas equipes de Consultório na Rua / Elaine Santos. -- Franca, 2025 271 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca Orientadora: Fernanda de Oliveira Sarreta 1. População em Situação de Rua. 2. Serviço Social. 3. Saúde Pública. 4. Saúde Mental. 5. Consultório na Rua. I. Título.
-------	--

ELAINE TEIXEIRA ALVES DOS SANTOS

**SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SERVIÇO SOCIAL:
o trabalho nas equipes de Consultório na Rua**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Serviço Social. Área de concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade. Linha de Pesquisa: : Estado, Políticas Sociais e Serviço Social

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____

Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta (UNESP- Franca/SP)

1ª Examinadora: _____

Prof. Dra. Rachel Gouveia Passos (UFRJ - Rio de Janeiro/RJ)

2ª Examinadora: _____

Prof. Dra. Arianne Celis Alcântara (PUC - São Paulo/SP)

3ª Examinadora: _____

Prof. Dra. Dra. Andreia Aparecida Reis Carvalho Liporoni (UNESP- Franca/SP)

4ª Examinador: _____

Prof. Dr. José Fernando Siqueira da Silva (UNESP - Franca/SP)

Franca, 16 de dezembro de 2025

VOZES-MULHERES

*A voz de minha bisavó
ecoou criança
nos porões do navio.
ecoou lamentos
de uma infância perdida.*

*A voz de minha avó
ecoou obediência
aos brancos-donos de tudo.*

*A voz de minha mãe
ecoou baixinho revolta
no fundo das cozinhas alheias
debaixo das trouxas
roupagens sujas dos brancos
pelo caminho empoeirado
rumo à favela*

*A minha voz ainda
ecoou versos perplexos
com rimas de sangue e fome.*

*A voz de minha filha
recolhe todas as nossas vozes
recolhe em si as vozes mudas caladas
engasgadas nas gargantas.*

*A voz de minha filha
recolhe em si a fala e o ato.
O ontem – o hoje – o agora.
Na voz de minha filha
se fará ouvir a ressonância
O eco da vida-liberdade.*

Conceição Evaristo

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo aos meus filhos, o último ano do doutorado foi especialmente desafiador, mas foram Davi Luca e Cecília Teixeira que me salvaram todas as vezes que eu achei que não chegaria até aqui. É curioso como em uma sociedade que esvazia a infância de protagonismo e autodeterminação, foram justamente as minhas crianças que me deram as condições para que eu passasse por todo esse processo inteira para eles, por eles. Por todas as vezes que eles não entenderam o porquê eu precisava estudar e trabalhar tanto, pelas vezes que eu não pude exercer o cuidado que eles demandavam de mim, por toda ausência, por cada lágrima, este doutorado é para vocês, meus filhos!

À minha família, meus pais Josefa e José, que sempre foram os meus maiores incentivadores, eu sei que estou realizando o sonho dos meus velhinhos. Minhas irmãs, Crislaine, Aline e Joana, meu sobrinho Henrique, vocês são o meu alicerce, mesmo na distância o amor de vocês chega aqui todos os dias.

Aos amigos que foram suporte para os dias mais duros, mas que também se alegram com as minhas conquistas. Aline Gimenes e minha afilhada Mariah, por terem sido presença constante. Aos amigos que são parte da minha história: Anayara, Carmen, Bernadete, Sidneia, Mateus Henrique, Alexya, Du, Fernanda. Ingrid (*in memoriam*). Às estagiárias do Serviço Social que passaram pela minha supervisão. Elisângela, meu porto seguro. Natália, minha amiga na vida e na pesquisa. Carol, por me encher de cuidado nos últimos momentos desse processo.

Aos professores Rosicler Lemos, Alan Loiola, Ariana Celis, Márcia Eurico, Elisabete Pinto, minhas referências que também foram suporte para os momentos de desesperança.

Aos meus colegas de trabalho da Defensoria Pública do Estado de São Paulo que são grandes apoiadores da minha trajetória.

À equipe do Consultório na Rua de Franca, onde tudo começou, que possibilitou a minha aproximação com este debate, lugar que foi escola, cujos profissionais eu tenho a mais profunda admiração, gratidão e afeto.

À Rede Nacional de Consultórios na Rua, nas pessoas de Daniel e Carmen, onde eu pude construir uma militância junto à outras trabalhadoras e trabalhadores das ruas, eu agradeço pela confiança, sem este coletivo esta pesquisa não seria possível.

Ao Movimento Nacional da População em Situação de Rua, na pessoa do Vanilson, que me ensinou sobre o papel da academia junto à militância da rua, nós somos suporte,

apoio, mas o protagonismo é da rua.

Ao Grupo de Estudos QUAVISSS, na pessoa da minha orientadora, a Professora Dra. Fernanda Sarreta, pelas quase duas décadas de construções coletivas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP Franca.

À esta banca, pela avaliação cuidadosa e criteriosa deste estudo, pelo tempo e dedicação empregados nesta empreitada, o meu mais profundo agradecimento.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ADPF - Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CIAMPRUA - Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política para a População em Situação de Rua

CNR - Consultório na Rua

CT - Comunidade Terapêutica

eCR - equipe de Consultório na Rua

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

MNPR - Movimento Nacional da População em Situação de Rua

OSC - Organização da Sociedade Civil

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNRD - Política Nacional de Redução de Danos

Pop Rua - População em Situação de Rua

PSR - População em Situação de Rua

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RD - Redução de Danos

RNCR - Rede Nacional de Consultório na e de Rua

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de pessoas em situação de rua de 2012 a 2022.....	53
Tabela 2. Municípios com maior concentração de pessoas em situação de rua.....	53
Tabela 3. Categoria de participantes do 1º. Fórum Nacional.....	120
Tabela 4. Percepção sobre a Atenção à Saúde da Pop Rua - questionário 1º Fórum.....	121
Tabela 5. Rede dos municípios - questionário 1º Fórum.....	122
Tabela 6. Ações de articulação - questionário 1º Fórum.....	127
Tabela 7. Redução de Danos - questionário 1º Fórum.....	129
Tabela 8. Como foi realizada a vacinação na pandemia - questionário 1º Fórum.....	131
Tabela 9. Quais impactos - questionário 1º Fórum.....	132
Tabela 10. Principais dificuldades - questionário 1º Fórum.....	132
Tabela 11. Número de Equipes de Consultórios na Rua no Brasil até abril/2025.....	133
Tabela 12 - Equipes de Consultório na Rua por Município até abril/2025.....	134
Tabela 13. Modalidades Habilitadas por estado até abril/2025.....	140
Tabela 14. Profissionais que compõem a equipe.....	149
Tabela 15. RD insumos.....	156
Tabela 16. Serviços que compõem a rede.....	158
Tabela 17. Serviços que impõem maior dificuldade.....	163
Tabela 18. Internação por questões de saúde mental.....	167
Tabela 19. Demandas apresentadas ao Serviço Social.....	187
Tabela 20. Motivos pelos quais os profissionais encaminham para Comunidades Terapêuticas.....	191
Tabela 21. Casos complexos.....	194
Tabela 22. O profissional já foi coagido ou obrigado a:.....	196
Tabela 23. Situações de violação de direitos.....	198
Tabela 24. Violação de direitos e encaminhamentos.....	199
Tabela 25. Acesso facilitado.....	200
Tabela 26. Instrumentais mais utilizados.....	204
Tabela 27. Situações de risco vivenciadas pelas trabalhadoras/es.....	213
Tabela 28. Condições inadequadas para o trabalho.....	214
Tabela 29. Situações que o trabalho na eCR já te impôs.....	217
Tabela 30. Locais onde realiza os atendimentos de Serviço Social.....	217
Tabela 31. Impactos da Pandemia na PSR.....	221
Tabela 32. Óbitos em Franca - PSR.....	223
Tabela 33. Contribuições do Serviço Social.....	225

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Perfil raça/cor População em Situação de Rua.....	77
Gráfico 2. Perfil de gênero da População em Situação de Rua.....	77
Gráfico 3. Violências notificadas - pessoas em situação de rua por gênero.....	78
Gráfico 4. Violências notificadas - pessoas em situação de rua por raça/cor.....	78
Gráfico 5 - Pertença Racial Questionário 1º Fórum.....	121
Gráfico 6. Identidade de gênero questionário 1º Fórum.....	121
Gráfico 7 - Escolaridade - questionário 1º Fórum.....	122
Gráfico 8. Categoria Profissional - questionário 1º Fórum.....	122
Gráfico 9 - Interface com os Movimentos Sociais - questionário 1º Fórum.....	124
Gráfico 10. Modalidade Cnr - questionário 1º Fórum.....	125
Gráfico 11 - Categorias profissionais Cnr - questionário 1º Fórum.....	126
Gráfico 12 - Sede Cnr - questionário 1º Fórum.....	126
Gráfico 13 - Viatura - questionário 1º Fórum.....	127
Gráfico 14. Atividades de qualificação - questionário 1º Fórum.....	128
Gráfico 15. Acesso à insumos - questionário 1º Fórum.....	128
Gráfico 16: Ações de RD.....	129
Gráfico 17. Materiais de proteção COVID - questionário 1º Fórum.....	130
Gráfico 18. Impacto da pandemia - questionário 1º Fórum.....	131
Gráfico 19. Distribuição das equipes de Consultório na Rua no Brasil até abril de 2025.....	141
Gráfico 20. Distribuição das equipes de Consultório na Rua que participaram da pesquisa..	142
Gráfico 21. Ano de inauguração dos Consultórios.....	143
Gráfico 22. Número total de atendimentos registrados pelas equipes de 2015 a 2022.....	144
Gráfico 23. Modalidades Habilitadas no Brasil.....	145
Gráfico 24. Modalidades habilitadas - pesquisa de campo.....	145
Gráfico 25. Composição da equipe - pesquisa de campo.....	146
Gráfico 26. Administração das eCR.....	148
Gráfico 27. Carga horária.....	150
Gráfico 28. Horário de funcionamento.....	151
Gráfico 29. Dia de Funcionamento.....	152
Gráfico 30 - Veículo Próprio.....	152
Gráfico 31 - Política que coordena a eCR.....	153
Gráfico 32. RD.....	154

Gráfico 33. Dificuldade de articulação com a rede	159
Gráfico 34. Maior dificuldade de articulação com a rede.....	161
Gráfico 35. Quais serviços impõem maior dificuldade.....	162
Gráfico 36. Encaminhamentos para Comunidades Terapêuticas.....	165
Gráfico 37. Censo da Pop Rua.....	168
Gráfico 38. Pertença Racial.....	172
Gráfico 39. Orientação sexual.....	174
Gráfico 40. Identidade de gênero.....	174
Gráfico 41. Pessoas com deficiência.....	175
Gráfico 42. Faixa etária.....	177
Gráfico 43. Tempo de formação.....	177
Gráfico 44. Modalidade de graduação.....	177
Gráfico 45. Instituição de formação.....	178
Gráfico 46. Formação Acadêmica.....	178
Gráfico 47. Horas de trabalho semanais.....	180
Gráfico 48. Renda Mensal.....	180
Gráfico 49. Vínculos empregatícios.....	181
Gráfico 50. Tempo de atuação no Consultório na Rua.....	181
Gráfico 51. Coordenação do Consultório na Rua.....	182
Gráfico 52. Fluxos migratórios.....	194
Gráfico 53. Conhece os Movimentos Sociais?.....	201
Gráfico 54. Movimento Social nos municípios.....	201
Gráfico 55. Apoio das assistentes sociais aos Movimentos.....	202
Gráfico 56. Instrumental específico.....	204
Gráfico 57. Quesito raça/cor.....	205
Gráfico 58. Plano de Trabalho.....	205
Gráfico 59. Adicional insalubridade.....	207
Gráfico 60. Risco à saúde.....	207
Gráfico 61. Condições adequadas para o trabalho.....	214
Gráfico 62. Publicações para orientar o trabalho profissional.....	218
Gráfico 63. Educação Permanente em Saúde.....	218
Gráfico 64. Atuação na pandemia.....	220
Gráfico 65. Se sente realizada/o com o trabalho?	226

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Divulgação da pesquisa no site da RNCR.....	39
Figura 2. Transmissão online da 1ª Conferência Livre Nacional.....	108
Figura 3. Participação presencial na 1ª Conferência Livre Nacional.....	108
Figura 4. Mesa de abertura da 1ª Conferência Livre Nacional.....	108
Figura 5. Coordenação dos trabalhos da 1ª Conferência Livre Nacional.....	109
Figura 6. Participação remota dos usuários.....	109
Figura 7. Folder de divulgação do evento.....	117
Figura 8. Programação 1º Fórum Nacional.....	118
Figura 9 - Registro do 1º Fórum com a participação do Prof. Antônio Nery.....	119
Figura 10 - Registro do 1º Fórum com a participação do público.....	120

SANTOS, Elaine Teixeira Alves dos. **Saúde da População em Situação de Rua e Serviço Social: o trabalho nas equipes de Consultório na Rua**. 2025. 270f. Tese (Doutorado em Serviço Social). – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2025.

RESUMO

A pesquisa desenvolvida junto ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista - UNESP Franca, intitulada “Saúde da População em Situação de Rua e Serviço Social: o trabalho nas equipes de Consultório na Rua” buscou analisar o fenômeno da população em situação de rua no Brasil, a atuação profissional de assistentes sociais junto às demandas de saúde e as especificidades nas equipes de Consultório na Rua. Para realização do estudo, elegeu-se o método histórico dialético, utilizando o enfoque na abordagem qualitativa. Utiliza-se a técnica de pesquisa documental, bibliográfica e empírica por meio de questionário disparado por meio eletrônico. O público alvo foi profissionais de Serviço Social que atuam nos Consultórios na Rua no Brasil, tendo como critério de inclusão, que as/os assistentes sociais estejam inseridas na Rede Nacional de Consultórios na Rua e de Rua. Como resultado da pesquisa encontramos que a saúde da População em Situação de Rua é um desafio que dialoga com as questões que versam sobre a agudização da “questão social”, cujas manifestações se apresentam cada vez mais perversas nas sociedades capitalistas. Observamos que o coletivo de profissionais, em sua grande maioria, desenvolve uma atuação alinhada com a perspectiva de garantia de direitos, mas que tem a sua atuação impactada pelo avanço do conservadorismo e da lógica neoliberal sobre as políticas públicas, sobre a concepção ampliada de saúde e as diretrizes do SUS.

Palavras-chave: População em Situação de Rua; Serviço Social; Saúde Pública; Saúde Mental; Consultório na Rua.

SUMMARY

The research was conducted within the Graduate Program in Social Work at the Faculty of Human and Social Sciences of the Paulista State University - UNESP Franca, entitled "Social Work and the Health of the Homeless Population: Professional Practice in Street Clinic Teams," and aimed to analyze the professional activities of social workers in addressing the health needs of the homeless population and the specificities of the Street Clinic teams. To carry out the study, the historical-dialectical method was chosen, using a qualitative approach. The research employed documentary, bibliographic, and empirical techniques, based on structured interviews conducted via electronic questionnaires. The target audience consisted of social work professionals working in Street Clinics in Brazil, with the inclusion criterion being that the social workers are part of the National Network of Street Clinics. As a result of the research, we found that the health of the Homeless Population is a challenge that interacts with issues related to the intensification of the "social question," whose manifestations are increasingly severe in capitalist societies. We observed that the group of professionals, for the most part, carries out work aligned with the perspective of guaranteeing rights, but their actions are impacted by the advance of conservatism and neoliberal logic on public policies, the broad concept of health, and the guidelines of the SUS.

Keywords: Homeless Population; Social Work; Public Health; Street Clinic; Mental Health

RESUMEN

La investigación se desarrolló en el Programa de Posgrado en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Estatal Paulista - UNESP Franca, titulada “Trabajo Social y la Salud de la Población en Situación de Calle: actuación profesional en los equipos de Consultorio en la Calle”, y buscó analizar la actuación profesional de las y los asistentes sociales frente a las demandas de salud de la población en situación de calle y las especificidades en los equipos de Consultorio en la Calle. Para la realización del estudio, se eligió el método histórico dialéctico, utilizando el enfoque cualitativo. Se utiliza la técnica de investigación documental, bibliográfica y empírica a partir de entrevistas estructuradas mediante cuestionario enviado por medio electrónico. El público objetivo fueron profesionales del Trabajo Social que trabajan en los Consultorios en la Calle en Brasil, teniendo como criterio de inclusión que los/as asistentes sociales estén integrados en la Red Nacional de Consultorios en la Calle y de Calle. Como resultado de la investigación encontramos que la salud de la Población en Situación de Calle es un desafío que dialoga con las cuestiones que abordan la agudización de la “cuestión social”, cuyas manifestaciones se presentan cada vez más perversas en las sociedades capitalistas. Observamos que el colectivo de profesionales, en su gran mayoría, desarrolla una actuación alineada con la perspectiva de garantía de derechos, pero que su actuación se ve impactada por el avance del conservadurismo y de la lógica neoliberal sobre las políticas públicas, sobre la concepción ampliada de salud y las directrices del SUS.

Palabras clave: Población en Situación de Calle; Salud Pública; Trabajo Social; Consultorio en la Calle; Salud Mental.

SUMÁRIO

PRÓLOGO: A pesquisa e o nosso lugar no mundo.....	17
--	-----------

INTRODUÇÃO E PERCURSO METODOLÓGICO

Justificativa e objetivos.....	26
Percurso metodológico.....	35
A centralidade da formação para o embasamento teórico e metodológico da pesquisa: o papel das disciplinas da construção da tese.....	40

CAPÍTULO 1. O FENÔMENO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO

BRASIL: perspectivas analíticas.....	51
1.1 O racismo e as bases históricas do fenômeno no Brasil.....	53
1.2 O fenômeno da PSR, crise do capital de pandemia da COVID-19.....	64
1.3 Ser mulher negra na rua: um debate interseccional.....	75

CAPÍTULO 2. A SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM DEBATE

2.1 Políticas eugenistas, encarceramento e o genocídio das populações negligenciadas: saúde mental, racismo e guerra às drogas.....	83
2.2 Loucura e crime, crime e loucura: avanço e reatualização da lógica manicomial....	87
2.3 O Movimento Nacional da População em Situação de Rua e a luta pelo direito à saúde.....	94
2.4 A luta dos movimentos sociais e os avanços nas políticas para a PSR.....	97
2.5 Marco histórico e político para a defesa da saúde da População em Situação de Rua: 1ª Conferência Livre Nacional da Saúde População em Situação de Rua.....	99
2.6 A Rede Nacional de Consultórios na Rua e o Movimento de Trabalhadores.....	109

CAPÍTULO 3. A ESTRATÉGIA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA (eCR)

3.1 eCR: um breve histórico.....	111
3.2 O 1º Fórum Nacional de Trabalhadoras e Trabalhadores dos Consultórios na Rua.....	116
3.3 Um retrato dos Consultórios na Rua.....	132

CAPÍTULO 4. O SERVIÇO SOCIAL NO CONSULTÓRIO NA RUA: a atuação nas eCR no Brasil.....	168
4.1 Perfil das/dos profissionais de Serviço Social dos Consultórios na Rua.....	169
4.2 Especificidades do trabalho profissional das/os Assistentes Sociais das eCR.....	181
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 227
REFERÊNCIAS.....	231
APÊNDICE	
Apêndice A: Questionários.....	240
ANEXOS	
Anexo A: Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).....	264
Anexo B: Autorização para Realização da Pesquisa de Campo.....	267
Anexo C: Submissão no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	268

PRÓLOGO

Todo Mundo é Sol

*Tem favela de palafita, chão em lama, céu cinza,
tem CDHU onde o sol quase não vinga.
Favela vertical, parede fina,
onde o grito do vizinho atravessa a cozinha.*

*Tem mãe com cinco cria e a panela vazia,
julgaram seu benefício, mas não olham a via.
Querem que ela pare, mas negam laqueadura,
quem nasce preta e pobre conhece a tortura.*

*No beco, o menino vê a mãe chorar,
sem trampo, sem sonho, sem ter como sustentar
O tráfico chama, o estômago dói,
e o mundo aponta o dedo pra nós.*

*Mas cê sabe, truta, o que motiva a escolha,
tem quem entra pra comer, não pra ter medalha
Enquanto uns julgam do alto do sofá
outros fazem de tudo pra fugir da falha*

*Eu sou a que subiu da laje pra faculdade,
mas lá o silêncio pesa mais que a verdade.
O olhar torto disfarça o racismo e preconceito,
é pacto da branquitude travestido de respeito.*

*Sorriso frio, aperto de mão medido,
cês falam de inclusão, mas me olham com ruído.
Enquanto eu volto a pé sem grana busão,
A barriga vazia sonhando com a colação.*

*Tem favela pra cima, tem favela pro lado,
tem favela no rio, tem favela no alto.
Em todas tem vida, tem força e suor,
Mas quem vê de fora só enxerga o pior*

*Todo mundo é sol, brilha no seu tom,
a cor da pele nunca muda o dom.
Todo mundo é sol, sente esse som,
igualdade é meta, o sonho é motivação*

*Todo mundo é sol, brilha no seu tom,
É as mina e os mano, povo sangue bom
Todo mundo é sol, sente esse som,
nóis é resistência, luz e união.*

*Na quebrada o corre é lei de gravidade,
E se você vacilar, o sistema puxa de verdade.
Mas nós insiste, insiste bonito,
Transforma em arte tudo o que era só grito.*

Nóis planta estudo no terreno seco,

*faz dissertação com o suor do beco.
E se o mundo diz “não”, eu escrevo “sim”,
com letra suada, mas feita por mim.*

*Favela é mãe, é fé, é lar, é dor
É com todos seus defeitos um lugar acolhedor
É o som do funk misturado com o vento,
é poesia nascendo do cimento.*

*Cês podem fingir que não tão vendo, que o gueto tá vivo, que tá no veneno
Enquanto o rico dorme em colchão de algodão,
nóis sonha alto sempre com os pés no chão.*

*Todo mundo é sol, brilha no seu tom,
a cor da pele nunca muda o dom.
Todo mundo é sol, sente esse som,
igualdade é meta, o sonho é motivação*

*Todo mundo é sol, brilha no seu tom,
Os mano e as mina, povo sangue bom
Todo mundo é sol, sente esse som,
nóis é resistência, luz e união.*

*“Nóis veio da lama...
mas o brilho é de ouro.
Todo mundo é sol, truta — todo mundo é tesouro.”*

(Isa Blue: "Como ela mesma se descreve, uma mãe de seis, preta da pele menos escura buscando os acessos negados de berço através da arte e do estudo" - primavera de 2025)

A pesquisa e o nosso lugar no mundo

A pesquisa tem o potencial de expressar quem somos neste mundo, pois permite que as nossas visões, sentidos, defesas, críticas, percepções sejam contadas a partir da nossa narrativa. O processo investigativo possibilita lançar um olhar curioso sobre o mundo e suas relações, sabores, tristezas, lutas, mas este olhar traz consigo uma trajetória, forjada na história de quem pesquisa. A inserção de pessoas negras no universo da produção de conhecimento acadêmico traz novos marcos para a pesquisa, é a nossa chegada que expôs a mediocridade de uma história que é contada a partir da mesmíssima perspectiva desde os primórdios, foi a nossa presença que deu visibilidade ao fato de que a academia utiliza as mesmas referências a tanto tempo que elas se tornaram verdades absolutas, e isso não é uma aberração, em se tratamento de construção de conhecimento e processo investigativo? Início os trabalhos declarando a minha total e completa paixão pela pesquisa e me localizando neste universo, pois a minha história conta a história dos meus, de quem silenciou sonhando com o dia em que mulheres negras pudessem contar a história pela nossa voz e de quem nos antecedeu. Atendendo à recomendação da banca de qualificação, mantenho este texto

introdutório, pois a minha história e a trajetória que percorri no processo de doutoramento também explicam as escolhas teóricas e metodológicas e contam a história de uma pesquisa que é viva, engajada e política.

A pesquisa desenvolvida, intitulada “Serviço Social e a Saúde da População em Situação de Rua: atuação profissional nas equipes de Consultórios na Rua”, foi pensada com a proposta de compreendermos o papel do Serviço Social na promoção da saúde da População em Situação de Rua (PSR), mediada pela inserção nas equipes de Consultório na Rua (eCR).

As questões analisadas neste estudo, são fruto das minhas percepções enquanto trabalhadora da rede de saúde pública no município de Franca, onde permaneci por 9 anos. A minha trajetória profissional e acadêmica foi toda construída a partir da inserção do Serviço Social na área da saúde. Fui orientanda da Prof^{ta}. Dr^a. Iris Fenner Bertani, sou membra do Grupo QUAVISSS – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social, desde 2006, meu projeto pesquisa de Iniciação Científica, Trabalho de Conclusão de Curso, Dissertação de Mestrado e a presente Tese, versaram todos sobre a atuação na saúde pública.

Esta é uma caminhada que conta e reconta a história de muitas pesquisadoras que, assim como eu, não puderam se dedicar integralmente ao processo investigativo. Tenho muito orgulho de apontar que as limitações aqui presentes também expressam os déficits de um estudo realizado por uma trabalhadora, mãe solo, militante, e que também é pesquisadora.

Antes de concluir a graduação eu passei no meu primeiro concurso público para Assistente Social da Prefeitura de Itanhaém - SP, foi também o meu primeiro emprego aos 22 anos de idade. Apresentei a documentação na prefeitura no dia 16/12/2009, coleí grau no dia 17/12/2009 e assumi o cargo no dia 18/12/2009. A atuação no Centro de Infectologia de Itanhaém, me apresentou a possibilidade de intervir junto à pautas políticas que me convocaram à uma atuação na perspectiva da defesa dos direitos das pessoas que vivem e convivem com IST/HIV/AIDS, da garantia do acesso à informação qualificada, da importância da educação em saúde e desafios de trabalhar a temática da sexualidade em uma sociedade cristã, moralista, hipócrita e machista.

Nos quase 4 anos que atuei junto ao Programa Municipal de IST/AIDS, um episódio me marcou sobremaneira. Uma usuária, mulher trans que vivia com HIV/AIDS, muito querida por toda a equipe, adoeceu e precisou ser hospitalizada e alguns dias depois eu fui visitá-la. A cena com a qual me deparei foi estarrecedora, aquela mulher extremamente vaidosa, que eu nunca tinha visto sem batom ou unhas feitas, se encontrava com a barba por fazer, vestida com roupas masculinas, internada na ala masculina, e me fere pensar que

sozinha eu não consegui defendê-la. Poucos dias depois ela faleceu naquele lugar de forma absolutamente indigna. Foi motivada por este episódio que eu busquei fazer o debate sobre o acesso de mulheres trans à saúde pública. No mestrado, na Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde, realizei uma pesquisa acerca dos discursos e inserção das mulheres trans no SUS no município de Franca afirmando, mais uma vez, o compromisso com o debate acerca da atuação do Serviço Social na saúde pública. À época me aproximei dos debates acerca da questão de gênero e acesso à saúde, observando as determinações interseccionadas pelos marcadores de gênero, raça e classe. Concluí o mestrado em 2014.

Em 2013 fui convocada para assumir o concurso da Prefeitura de Franca/SP, onde iniciei os trabalhos na equipe de Consultório na Rua (eCR), trabalho este que me possibilitou conhecer uma realidade que eu ainda não conhecia profundamente: a das pessoas em situação de rua. O trabalho junto à PSR me proporcionou a oportunidade de realizar um debate acerca das violações de direitos vivenciadas por esta população, e de me tornar apoiadora dos Movimentos Sociais e articuladora da política para a PSR.

Neste sentido, a Universidade teve um papel primordial por meio do Grupo de Estudos QUAVISSS que, abrindo as portas para as/os trabalhadoras/es da rede em meio à Pandemia da COVID-19, criou um espaço para que pudéssemos qualificar o debate em torno do trabalho intersetorial, além de ter se tornado um espaço para troca de experiências e de apoio entre as/os trabalhadoras/es que se viram frente a grandes desafios no contexto político marcado pelo (des)governo de Jair Bolsonaro, somado à crise sanitária provocada pela Pandemia.

Acompanhar os entraves vivenciados pela PSR durante a pandemia, me motivou a propor a presente pesquisa sobre a atuação da/o assistente social nos Consultório na Rua, considerando que, no momento em que uma crise sanitária se soma ao acirramento da “questão social”, foi possível observar o protagonismo do Serviço Social na área da saúde, que se torna ainda mais evidente junto às eCR.

A presente pesquisa tem por objetivo analisar a atuação da/do assistente social nas eCR, considerando que a estratégia completou 1 década em 2021, e que o processo de avaliação e monitoramento é fundamental para qualificarmos o debate sobre a defesa que realizamos no contexto das ruas, bem como conhecermos as especificidades inerentes ao trabalho junto à PSR no que se refere às questões éticas e técnico-operativas.

Nestes 4 anos de pesquisa, realizei debates importantes em diversos espaços, procurando sempre dar visibilidade à discussão realizada pelas ruas. Participei de eventos

científicos apresentando trabalhos, como convidada e palestrante. Publicamos 9 artigos - 2 em anais, 5 em revistas científicas e 2 capítulos de livros, sendo uma das organizadoras do livro intitulado “Reflexões Teóricas e Metodológicas das Pesquisas Sociais”. E em 2023, passei a compor a gestão da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS Sul II, onde realizamos o debate sobre os desafios da Educação Antirracista para a formação em Serviço Social.

A minha inserção na ABEPSS me proporcionou aprofundar o debate acerca da questão étnico-racial, que a mim é muito caro. Eu, enquanto mulher preta de origem pobre e periférica, tenho uma trajetória pessoal que me impulsiona a interpretar a realidade a partir do olhar e da vivência da população atendida pelo Serviço Social. A classe trabalhadora, enquanto corpo político, possui marcadores que determinam as suas pautas, lutas, limitações, fragilidades e potencialidades. Sendo a raça um desses marcadores, é preciso abordá-la de forma devida, para que a defesa intransigente da classe trabalhadora não se esvazie de sentido.

A crítica e autocrítica que realizamos no bojo da profissão, é a constatação de que o Serviço Social atua junto a uma classe trabalhadora da qual não conhece de fato, se não considerarmos os aspectos que compõem a “questão social”. Neste sentido, o marcador de raça deixa de ser um debate acessório, e se insere na centralidade das nossas pautas no âmbito da atuação profissional, da pesquisa e da produção de conhecimento no campo do Serviço Social.

Um outro marco na minha trajetória na militância na área da saúde, se deu a partir da minha inserção, em 2021, no coletivo Residência Preta, cujo objetivo é promover o acesso de assistentes sociais negras às Residências Multiprofissionais em Saúde. Foi este coletivo que proporcionou a experiência de pensar a docência a partir de bases contra-hegemônicas, que questiona o eurocentrismo das nossas produções e traz o debate racial e a formação sócio-histórica do Brasil para a centralidade do processo educativo.

A experiência como professora bolsista em 2022 também marca esta trajetória. Ministrando a disciplina “Serviço Social e Realidade Regional” pude, mais uma vez, trazer outras narrativas para o debate da questão agrária, direito à terra, e racismo ambiental como pautas centrais para compreendermos a “questão social” no Brasil, bem como as características do Capitalismo Dependente, o acúmulo de riquezas e os desdobramentos do sistema escravocrata na América Latina. Foi um semestre muito duro, pois eu havia acabado de me mudar de cidade e tinha que atravessar o estado de São Paulo uma vez por semana.

Porém, quando eu chegava muito cansada em sala de aula, eram as/os alunas/os que me acolhiam, e me fortaleciam na troca.

Ao final, a disciplina foi muito bem avaliada pela turma, e atribuo isso a alguns fatores: o primeiro por se tratar de uma professora preta, pois a representatividade é uma demanda latente junto ao corpo discente, uma vez que à época, TODO o corpo docente do curso de Serviço Social da UNESP Franca era composto por pessoas marcadamente brancas; segundo, pelo fato de ter conseguido trazer referências de pesquisadoras/es pretas e indígenas; e por conseguir trabalhar com uma linguagem bastante acessível, respeitosa e horizontal, pois procurei dialogar o conteúdo da disciplina a partir do meu lugar de discente, da minha experiência profissional e trajetória pessoal, pois entendo que o nosso lugar de fala também dão materialidade aos debates, e promovem a compreensão da práxis no âmbito do Serviço Social.

E, mais uma vez, a minha trajetória profissional me leva para novos rumos. Fui chamada em mais um concurso público e em abril de 2022 passei a atuar na Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Dois filhos pequenos, cidade nova, novo cargo em uma área totalmente diferente de tudo que eu fiz até então, mas que tem me possibilitado continuar realizando a defesa dos direitos da População Negra, da População em Situação de Rua, além de tantos outros debates com os quais lido cotidianamente, como o enfrentamento à violência contra a mulher, criança e adolescente, pela qualificação das políticas públicas, por meio de um posicionamento técnico comprometido com a perspectiva da garantia de direitos.

São quase 16 anos de formada e o mesmo tempo atuando e, olhando para trás, eu percebo que a minha caminhada foi construída com muita luta, afeto, comprometimento, mas muita privação também. A escolha pelo Serviço Social veio ainda muito cedo, aos 18 anos eu saí de Poços de Caldas - MG para morar em Franca sozinha. Fui beneficiária dos programas de permanência estudantil, residi os 4 anos na moradia, fui bolsista “PAE”, passei por muitas privações para conseguir me formar. Quantas e quantas vezes o dinheiro que eu tinha dava só para comprar o miojo da semana, fui para o estágio sem comer, pois eu tinha que guardar o dinheiro da passagem. Quantas vezes eu precisei dividir o RU para economizar e conseguir me alimentar um pouco melhor. Escrevo essas linhas muito emocionada, pois não foi fácil conseguir me formar e eu não tenho orgulho dessa história, pois eu não acredito que precisamos passar por tantas privações para conquistar um diploma. Esse discurso meritocrático que romantiza a precariedade da moradia, a fome, a depressão para “vencer na vida” é algo que precisamos enfrentar, para que histórias de “superação” como a minha, não

sirvam de inspiração, mas sim de indignação, e a nossa luta no âmbito do Serviço Social siga forcejando pela superação de uma sociabilidade que se deleita com histórias de pessoas pretas, pobres, periféricas, que precisam adoecer para conseguir ocupar os espaços.

A história de quem primeiro me formou

Nascida em 1987, sou filha de pais nordestinos cuja história de buscar uma vida melhor no sudeste, conhecemos bem. A trajetória dos meus pais explica a razão dos meus passos, pois foram eles que forjaram o caminho que trilho hoje. São histórias compostas por momentos tristes, às vezes trágicos, mas que somente reafirmam a necessidade de lutarmos por uma sociabilidade justa, livre das opressões e desigualdades de classe e do racismo.

No interior da Bahia, Josefa Teixeira, minha mãe, tinha apenas 7 anos de idade quando foi “emprestada” por seu pai, para fazer companhia a uma tia que vivia sozinha em outra cidade. Mas a realidade é que ela foi levada para trabalhar como empregada doméstica. Ela foi separada dos irmãos e da mãe que ela tanto amava com apenas 7 anos de idade, e ela nos conta que chorava todas as noites até dormir. E eu fico imaginando meus filhos, que hoje têm a mesma idade que minha mãe tinha quando morava longe de sua família, meus filhos são tão dependentes de mim, que eu não consigo imaginar submeter uma criança a um sofrimento dessa proporção. Ela viveu nessas condições por 4 anos, e aos 11 anos de idade ela conseguiu fugir e voltou sozinha para sua família. São histórias como a de minha mãe, que explicam o fato de que até hoje, a infância é negada às crianças negras, não sendo vistas enquanto pessoas dignas de receber afeto, atenção e cuidado. O destino da mulher preta na sociedade brasileira é marcado pela perpetuação da pobreza, e minha mãe aos 17 anos mudou-se para Santos para trabalhar como empregada doméstica morando na casa dos patrões.

Meu pai, Sr. José Alves, também começou a trabalhar muito cedo na roça e aos 18 anos mudou-se para Santos em busca de oportunidade de emprego. No final da década 1970 meu pai passou a trabalhar nas fábricas em Cubatão, e foi uma das vítimas da tragédia do “Vale da Morte”, como ficou conhecida à época, que acometeu centenas de trabalhadores contaminados por benzeno. Depois de quase perder a vida, meu pai desenvolveu uma doença crônica no sangue e foi aposentado por invalidez com apenas 30 anos de idade. Esse episódio, mais uma vez, evidencia a realidade de uma classe trabalhadora que tem cor e que desde o sequestro dos povos em África, tem sido vítima de um projeto de morte que sempre se renova. E como se essa realidade não fosse cruel o suficiente, mesmo doente, Sr. José precisou

continuar trabalhando para sustentar a família, pois o que recebeu em troca da própria saúde, foi apenas 1 salário mínimo.

Meus pais escolheram a cidade de Poços de Caldas -MG para constituírem família, onde tiveram 4 filhas. A nossa infância foi marcada por muito afeto e superproteção, afinal, como é de se imaginar, nós morávamos na periferia, fato que também determina oportunidades e perspectivas de futuro para a juventude. Meu pai encontrou na militância sindical, o espaço para compreender as relações e contradições entre Capital e trabalho que vivenciava, e na década de 1990 foi presidente do Sindicato da Construção Civil de Poços de Caldas e região. No final da década de 1980, havia se filiado ao Partido dos Trabalhadores, então é muito vívida a memória de meu pai liderando o movimento na cidade, sempre acompanhado da esposa e filhas nas assembleias, mobilizações e congressos do Partido.

Nesta mesma época, meus pais se inseriram também no Movimento Negro de Poços de Caldas, e eu cresci em um espaço que me proporcionou olhar a negritude por uma perspectiva positivada. O Centro de Cultura Afrobrasileiro Chico Rei, era um espaço de construção de autoafirmação e de autoamor que me forjou enquanto mulher preta. Neste espaço, a minha mãe sempre foi responsável por cuidar de tudo e de todos, a militância de uma mulher preta muitas vezes é silenciosa, mas sempre atenta e comprometida. Meu pai foi presidente da instituição por 2 mandatos. Além de tudo isso, Sr. José fundou uma rádio comunitária e uma cooperativa de reciclagem. Eu entendo que contar essa história nesta Tese, é também o reconhecimento de quem primeiro me formou: a minha família e o movimento negro, que me proporcionaram o contato com uma intelectualidade orgânica, uma atuação e discurso crítico desde muito cedo, e eu atribuo a minha escolha pelo Serviço Social, à vivência de famílias pretas na busca por estratégias de sobrevivência, pertencimento, proteção e aquilombamento.

Hoje eu sou mãe também, tenho 2 crianças, Davi de 9 anos e Cecília de 6. Experienciar a maternidade foi de fato o grande marco pessoal da minha vida, que modificou toda a forma com que eu concebo a realidade. Meus filhos são lindos, saudáveis, cheios de vida, parceiros de bagunça e preenchem cada cantinho da casa com brincadeiras e cantorias. Mas para a mulher preta, o maternar vem atravessado pelo marcador de raça.

Na gravidez do Davi eu fiz todo o acompanhamento pelo SUS e o parto na Santa Casa de Franca. E foi uma experiência linda e traumática ao mesmo tempo, pois meu filho nasceu de parto normal, grande, forte e saudável, mas eu fui vítima de violência obstétrica, e todas as intervenções violentas e desnecessárias possíveis, foram feitas comigo sem o meu

consentimento. E quando eu planejei a segunda gravidez, eu quis que fosse tudo diferente, contratei plano de saúde, fiz plano de parto e protocolei no hospital particular, contratei doula, pois eu estava decidida a não passar pela mesma experiência traumática novamente. Mas, todo o meu planejamento não me livrou de sofrer violência obstétrica novamente, eu pari sem acompanhante e ainda tive que aguentar o médico ironizando e invalidando o meu plano de parto, e quando eu fui compartilhar a minha dor com a doula, mulher branca, eu ouvi que eu tinha que superar, deixar para lá. E foi aí que eu tive a certeza de que a cor vem primeiro. Eu poderia ter pago o melhor plano de saúde, eu continuo sendo uma mulher preta. Eu poderia ter contratado a melhor equipe de profissionais, mas eu continuo sendo uma mulher preta. Eu poderia ter escolhido o melhor hospital, isso não muda o fato de que eu sou uma mulher preta. No SUS ou no particular, esse é o tratamento dispensado a nós, para uma sociedade profundamente racista, os nossos corpos não são dignos de cuidado, afeto, compaixão e acolhida.

Eu sou mãe de dois, trabalhadora, estudante, pesquisadora e militante. É muito duro aceitar um convite para uma palestra, ou participar de um evento e passar dias longe dos meus filhos, pois a academia e o mundo do trabalho, como um todo, não foram pensados por nós, para nós, e nossos filhos. Mas, ainda assim, eu me permito vivenciar tudo, nem sempre eu consigo entregar os trabalhos no prazo, nem sempre a minha saúde mental está ok, mas eu escolhi ser tudo o que eu sonhei ser, e ainda tenho tanto para conquistar, e a minha família segue sendo a razão da minha luta cotidiana.

Hoje eu tenho consciência do quão decisivo é o papel dos pais naquilo que nos constituem enquanto sujeitos. Até hoje reverbera em mim a preocupação de meu pai de que eu não perdesse de vista os meus objetivos. Meus pais não puderam me dar apoio financeiro, mas me deram tudo o que era necessário para que eu pudesse construir uma história diferente, uma história de prosperidade para mim e para os meus. O sonho do meu pai era estudar, mas a realidade imposta à população negra, nordestina, pobre e periférica, não possibilitou a realização desse sonho. Mas hoje meu pai se diz orgulhoso, pois tem realizado o seu sonho por meio de suas filhas, é como se ele tivesse conquistado um diploma de Fisioterapia, Serviço Social, Gestão Ambiental e Psicologia, até no doutorado nós fizemos ele chegar, pois quando a gente vence, vencem todas aquelas e aqueles que pavimentaram as avenidas pelas quais percorremos hoje. Quando ocupamos os espaços, toda a ancestralidade ocupa conosco.

INTRODUÇÃO E PERCURSO METODOLÓGICO

História para ninar gente grande

Brasil, meu nego
 Deixa eu te contar
 A história que a história não conta
 O avesso do mesmo lugar
 Na luta é que a gente se encontra
 Brasil, meu denço
 A Mangueira chegou
 Com versos que o livro apagou
 Desde 1500
 Tem mais invasão do que descobrimento
 Tem sangue retinto pisado
 Atrás do herói emoldurado
 Mulheres, tamoios, mulatos
 Eu quero um país que não está no retrato
 Brasil, o teu nome é Dandara
 E a tua cara é de cariri
 Não veio do céu
 Nem das mãos de Isabel
 A liberdade é um dragão no mar de Aracati
 Salve os caboclos de julho
 Quem foi de aço nos anos de chumbo
 Brasil, chegou a vez
 De ouvir as Marias, Mahins, Marielles, malês
 Mangueira, Mangueira, tira a poeira dos porões
 Ô, abre alas pros teus heróis de barracões
 Dos Brasis que se faz um país de Lecis, jamelões
 São verde e rosa as multidões

(Samba Enredo - Mangueira, 2019)

Justificativa e objetivos

A pesquisa que aqui apresentamos, se inicia em tempos de pandemia da COVID-19, e é curioso pensar que todas/os nós somos sobreviventes, que vimos tantas pessoas adoeceram, e outras milhares perderem a vida. Ainda é possível rememorar o sentimento de total e completa insegurança, um medo constante que nos acompanhou durante os primeiros anos desta década. O que assistimos no nosso país foi a expressão mais evidente de um projeto de morte, se estamos aqui diante do resultado desta pesquisa, é porque nós resistimos, nós sobrevivemos a este projeto.

O Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto política pública universal, direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), teve a sua centralidade e o seu poder de resposta

reafirmados diante da tragédia humanitária vivenciada com a pandemia da COVID-19. Os impactos da pandemia foram observados nas áreas econômica, política e social, se desdobrando de forma ainda mais grave junto à realidade das populações negligenciadas. A população negra, periférica, indígena, mulheres, a classe trabalhadora como um todo, notadamente a População em Situação de Rua (PSR), vivenciaram um contexto extremamente hostil e de repetidas violações de direitos (MATTA, 2021).

Diante do acirramento da “questão social” (Iamamoto, 2019), a/o profissional de Serviço Social que atua na área da saúde, teve um papel decisivo para a garantia dos mínimos sociais e um protagonismo no acolhimento das demandas da população no SUS, frente aos grandes desafios impostos por esta realidade.

A despeito da complexidade e das profundas contradições expressas no tempo presente, o Serviço Social brasileiro não fugiu à luta. Diversos(as) assistentes sociais enfrentaram os desafios da agudização das expressões da questão social em tempos de políticas sociais ultraliberais, muitas vezes em equipes temporárias e em situação de contratos temporários. (Soares, et al, 2021, p. 127)

Tal protagonismo se dá em função do expressivo acúmulo teórico do Serviço Social na área da saúde (Vasconcelos, 2002; Bravo, 2007; Sarreta, 2010). Neste sentido, as equipes de Consultório na Rua (eCR) propõem aos profissionais de saúde uma nova possibilidade de atuação: a de ofertar cuidado às pessoas em situação de rua *in loco*, sob uma perspectiva totalmente diversa daquela já estabelecida nesta área.

Historicamente, a profissão está presente no âmbito das políticas sociais, sendo que na política de assistência social a profissão acumula um arcabouço teórico-prático e técnico-operativo no que se refere ao trabalho junto à população em situação de rua (PSR), haja vista a tipificação nacional dos serviços socioassistenciais, que apresenta uma rede de equipamentos com a finalidade de acolher a demanda desta população (BRASIL, 2009a). Porém, para o Serviço Social na saúde se tratava de um trabalho que não compunha o cotidiano profissional. Nesse sentido, o grande marco que as equipes de Consultórios na Rua (eCR) traz para a/o assistente social que atua na área, é a possibilidade de extrapolar os muros das unidades e as paredes dos consultórios, que se constituem espaços institucionais tão cristalizados na saúde, para ofertar um cuidado que vai ao encontro, que traz para perto, que garante acesso e visibilidade. Sendo assim, o reconhecimento das especificidades do trabalho da/o assistente social que vivencia, por meio da eCR, o “território rua”, é fundamental para o subsídio e qualificação do trabalho profissional.

Milton Santos (1998), abordou as complexidades que tecem o território, compreendendo que se estruturam e se organizam dialeticamente entre as macro e micro relações, que tornam estes espaços vivos de história, memória, organização política e econômica. Neste sentido, desenvolvemos a ideia de “território rua”, que se trata de um território específico composto por um conjunto de relações operadas por quem vive nas e das ruas. A rua possui um conjunto de elementos organizacionais que dizem respeito às relações de trabalho e econômicas, regramentos, dialetos, vestimentas, normas, condutas, e lógicas próprias que, nesta pesquisa, denominamos “território rua”.

Compreende-se que a presente pesquisa torna-se relevante para a categoria profissional, no sentido que busca a compreensão de como se deu e está se dando a apropriação do Serviço Social na saúde pela rua, identificando os desafios, entraves, dilemas éticos e experiências, bem como novas práticas e possibilidades no trabalho junto à população em situação de rua. Aliado a isso, a pesquisa aborda a realidade imposta pela pandemia do novo coronavírus, somada aos desdobramentos das políticas de austeridade e retrocessos observados no governo de Jair Bolsonaro (2019 a 2022), que reverberam nos trabalhos das eCR, e na realidade vivenciada pela população atendida.

A trajetória das eCR tem início em 1999, com o trabalho desenvolvido em Salvador - BA junto à PSR na perspectiva de redução de danos e manejo das demandas de saúde mental, principalmente em decorrência do consumo de drogas e prevenção às IST/AIDS (Fonseca, 2020), esta primeira iniciativa deu origem ao Consultório de Rua, inserido na política de saúde mental.

O surgimento dos Consultórios de Rua, com base em uma experiência idealizada e proposta pelo Dr. Antônio Nery Filho, na cidade de Salvador, estado da Bahia, Brasil, com ofertas de serviços na modalidade de atendimento extramuros, objetivando promover acessibilidade aos serviços de saúde, assistência integral aos usuários de rua e promoção de laços sociais com enfoque intersetorial (Souza; Mesquita; Sousa, 2017, p. 334)

Porém, a abordagem das demandas da população de rua por meio da perspectiva de saúde mental, trouxe alguns desafios para a produção de cuidado deste segmento. O primeiro deles está relacionado à tendência de resumir as demandas da PSR a questões de psiquiatria e ao consumo de drogas, fato este que comprometia a possibilidade de ofertar uma atenção que vislumbrasse o processo de saúde-doença desta população de forma ampliada e integral. Observamos, ainda neste cenário, o avanço das políticas higienistas e do processo de institucionalização e encarceramento da loucura, principalmente com o avanço da lógica da guerra às drogas e ataque às cenas de uso, popularmente conhecidas como cracolândias.

As práticas higienistas se fortaleceram e se constituíram a principal resposta frente a esta realidade desafiadora, por meio de internações em Comunidades Terapêuticas, que muitas vezes se parecem mais com depósitos de pessoas, do que espaços de tratamento e recuperação.

A saúde enquanto espaço político com pautas em disputa, se torna debate central na defesa dos Direitos Humanos, ressalta-se o protagonismo dos movimentos sociais da PSR (Brasil, 2008) somado aos esforços das/dos trabalhadores da saúde, que culminaram na elaboração da Política Nacional para a População em Situação de Rua (Brasil, 2009), tendo como um de seus desdobramentos, a criação das Equipes de Consultório na Rua (Brasil, 2011).

Segundo a Portaria 122/12, as equipes de Consultório na Rua são “[...] um componente da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidas na Política Nacional de Atenção Básica” (Brasil, 2012). Ou seja, o Consultório na Rua é uma unidade de atenção primária itinerante, que tem por objetivo ofertar uma atenção à saúde que contemple as demandas da PSR de forma integral. Este equipamento inaugura uma nova forma de conceber e manejar as demandas de saúde desta população, pelo fato de se tratar de uma política de atenção básica, permite vislumbrar esta realidade a partir de uma perspectiva ampliada.

Desse modo, a concepção ampliada de saúde, se alinha ao conceito de PSR inscrito na Política Nacional da População em Situação de Rua:

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2009)

E por se tratar de um grupo heterogêneo, é que se propõe a oferta de um cuidado que contemple essa diversidade e as múltiplas necessidades da população no processo de produção de cuidado. Desta forma, as eCR estão inseridas na política de atenção primária, que tem entre os seus princípios, a integralidade na atenção à saúde, cuja finalidade é reconhecer a pessoa humana em sua totalidade a partir do conceito ampliado de saúde, pautado na redução de danos e no trabalho educativo (BRASIL, 2011).

O desejo de realizar a presente pesquisa se deu pelo atravessamento profissional desta trabalhadora e pesquisadora que foi assistente social do Consultório na Rua do Município de

Franca, de 2013 a 2022, tendo participado e atuado em todo o processo de planejamento, implantação, organização e implementação do serviço. Porém, ao longo desse percurso, foi possível identificar uma série de desafios: o primeiro deles se dá pela falta de um referencial teórico, principalmente que contemple o trabalho da/do assistente social da saúde na atuação junto à “população de rua”¹. Outra problemática enfrentada, é a falta de conhecimento, aliado ao preconceito das/dos trabalhadoras de outros serviços e equipamentos em relação à PSR. E, o mais desafiador de todos os problemas, está relacionado à realidade das ruas, que é marcada pela violência, racismo, negligência, preconceito, descaso e desassistência. O aprofundamento dos estudos acerca dos processos históricos que constituíram o fenômeno da PSR, é fundamental para que tenhamos a real dimensão das violências enfrentadas por esta população, e a sua relação direta com o passado escravocrata deste país.

Na obra “O Negro: de bom escravo a mau cidadão?”, Clóvis Moura apresenta a trajetória de luta dos povos sequestrados de África, assim como as consequências desastrosas de uma abolição sem nenhum plano de absorção da força de trabalho dos ex-escravizados:

Esta impossibilidade do negro livre intergrar-se a curto prazo deve-se em primeiro lugar, a que a escravidão, como sistema de produção criava limitações estruturais que impedia o negro de ter interesse relevante pela mercadoria que produzia. Separava-se radical e completamente dos bens que criava, não participava, nem mesmo através da venda de sua força de trabalho, na troca de mercadorias, pois ele próprio era a mercadoria que circulava no sistema escravista (Moura, 1977, p. 29)

O autor traz os elementos históricos que nos apoiam na compreensão acerca da questão racial enquanto componente da “questão social” nas sociedades latino-americanas. Acerca da força de trabalho da população de ex-escravizados, o autor afirma: “Se ela não é absorvida e integrada na economia global em expansão, e não se criam mecanismos capazes de empregá-las, há a tendência de marginalizar-se progressivamente e quanto mais ela se marginaliza, menos condições tem de sair dessa condição de marginalização” (Moura, 1977, p.39), e completa que foi um conjunto de fatores que levou: “[...]o ex-escravo desesperado pela falta de trabalho a cair na faixa da criminalidade, da baixa prostituição, do alcoolismo e da mendicância” (Moura, 1977, p.39). Neste sentido, a pesquisa busca lançar mão das bases históricas necessárias à compreensão do fenômeno da PSR no Brasil.

¹ As terminologias associadas à População em Situação de Rua, transformaram-se historicamente a partir das narrativas que as construíram. Os conceitos construídos a partir do ponto de vista das elites, observa-se termos como “mendigos”, “morador de rua”, “pivetes”, foram termos superados a partir da atuação do Movimento da População em Situação de Rua. Portanto, algumas terminologias irão aparecer no decorrer do texto como, “População em Situação de Rua”, “População de Rua”, “Viventes de Rua”, todas em consonância com as construções das narrativas desta população. (MNPR, 2010)

A possibilidade de intervir sobre esta realidade junto à PSR, é a motivação para a realização de um estudo que contribua com a construção de uma política pública que seja próxima, horizontal, equânime, inclusiva e que promova saúde.

É de fundamental importância a concepção da eCR enquanto um serviço que tem como função principal, promover saúde e o acesso da população de rua ao cuidado do qual necessita, promovendo o livre trânsito e a apropriação das políticas públicas das quais são detentoras de direito. E é justamente sobre este contexto de violação de direitos e invisibilidades que a realidade das ruas impõe a esta população, que se pretendeu desenvolver a pesquisa, buscando desvendar o percurso da atuação do Serviço Social na apropriação do “território rua”, inserido no trabalho coletivo das equipes de Consultório na Rua.

Este é um trabalho que evidencia o que Bravo (2007) denomina de dimensão política da saúde, ou seja, as ações de saúde junto à população de rua extrapolam o fazer tecnicista, medicocentrado. Para a oferta de cuidado nesta realidade é necessário lançar mão de uma atuação criativa, empática, orgânica e política. Para tanto, é de fundamental importância fazer a análise do trabalho profissional da/do assistente social e da construção de saberes nas ruas. Além disso, pretende-se identificar as rotinas e instrumentais desenvolvidos, as práticas profissionais, as especificidades do trabalho inter/multidisciplinar (Sarreta, et al 2022), e como se expressa a “questão social” nos diferentes territórios de atuação.

Considerando o fato de que se trata de uma política jovem e em expansão, é que se faz necessária a sistematização e o registro dos conhecimentos produzidos no cotidiano profissional, a fim de contribuir para a qualificação dos serviços e suas equipes. Para tanto, iremos abordar a trajetória desta política possibilitando observar o desenvolvimento da política e o caminho percorrido desde 2011.

O processo de construção de conhecimento nesta pesquisa, tem se dado de forma coletiva, buscando contribuir para o debate acerca das pautas relativas à saúde da PSR. Tal processo encontra ancoragem na atuação do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social - Grupo QUAVISSS, da Faculdade de Ciência Humanas e Sociais - UNESP Franca, que tem viabilizado um espaço de qualificação e acolhimento para as pautas da PSR. O Grupo QUAVISSS realizou em agosto de 2021, o evento denominado “1ª Celebração, Lutas e Resistências na Pandemia: a visibilidade do trabalho e da População em Situação de Rua” (UNESP, 2021), que contou com a participação de diversos atores, como trabalhadoras/es da rede de atenção à PSR do município de Franca e região, usuários, o Movimento Nacional da População de Rua e a comunidade acadêmica. Contamos ainda, com

a contribuição do Professor Doutor Antônio Nery Filho, idealizador do Consultório de Rua que compartilhou a trajetória das estratégias para a PSR no SUS. O evento se deu em meio a um dos piores momentos da pandemia da COVID-19, onde ainda se registrava mais de 6 mil óbitos por semana no Brasil (Ministério da Saúde, 2023).

No ano seguinte, em continuidade aos debates acerca dos desafios impostos pela pandemia, organizamos nos dias 30 e 31 de agosto de 2022, o “1º Fórum Nacional de Trabalhadoras e Trabalhadores dos Consultórios na Rua e a 2ª Celebração, Lutas e Resistências” (UNESP, 2022). O evento reuniu profissionais da saúde, assistência social, entre outras políticas, coletivos, movimentos sociais, usuários, universidades, para debater temas relevantes e sensíveis ao cotidiano profissional no contexto das ruas, os impactos da pandemia na realidade da PSR e as estratégias para o fortalecimento das políticas públicas. O referido Fórum foi organizado pelo Grupo QUAVISSS, onde deu-se início à coleta de dados, com a aplicação de um questionário de pesquisa de opinião, e foi possível realizar um exercício de aproximação com a realidade vivenciada pelas trabalhadoras e trabalhadores das eCR, no contexto da Pandemia de COVID-19.

Destaca-se que o 1º Fórum Nacional de Trabalhadoras e Trabalhadores dos Consultórios na Rua foi pensado como parte constitutivo deste estudo. A pesquisadora idealizou e apresentou a proposta ao Grupo QUAVISSS, que apoiou a iniciativa e viabilizou as ferramentas para a realização do evento, que foi organizado por trabalhadoras/es de Consultórios na Rua dos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Bahia e Pará, e contou com a participação de pesquisadoras/es da UNESP, USP, UFBA e Fiocruz.

A pesquisa passou a compor um processo bastante ativo nos espaços de debate da Universidade, da política pública em diversos territórios e na produção de conhecimento. Debateu-se a centralidade do trabalho interdisciplinar e intersetorial na produção de cuidado para a PSR, a partir da experiência das Rodas de Conversas sobre Saúde organizadas pelo Grupo QUAVISSS, que se constituiu um espaço fundamental para a reflexão sobre a atuação profissional em tempos de pandemia, como apontamos em Sarreta *et al* (2022a; 2022c). Evidenciou-se também, a necessidade de oportunizar a educação permanente em saúde e o compromisso da Universidade na atuação a nível de extensão, para compor os espaços de qualificação da política pública, trazendo para o debate os desafios enfrentados no cotidiano de quem trabalha junto à PSR, de acordo com o que analisamos em Sarreta *et al* (2022b).

Foi publicizado, ainda, os achados que o acúmulo teórico no processo desta pesquisa viabilizou, proporcionando a reflexão acerca da construção do fenômeno da PSR, enquanto

desdobramento do modo de produção capitalista e necessário à sua manutenção, e como a pandemia evidenciou as desigualdades inerentes à contradição entre capital e trabalho (Santos; Sarreta, 2022). Além da reflexão sobre as especificidades do Brasil e sociedades latino-americanas, no que diz respeito à relação entre o sistema escravocrata, o racismo e a constituição de extratos populacionais totalmente aviltados de seus direitos, assim como o papel do Estado na criação e manutenção de populações negligenciadas (Santos *et al*, 2023).

O rigor e o cuidado com os conceitos são fundamentais para uma pesquisa que também se posiciona politicamente, neste sentido, o debate sobre vulnerabilidade ocupa um lugar de centralidade em se tratando de questões relacionadas à PSR. Utilizamos por muitos anos o conceito de vulnerabilidade (AYRES, 2003). Porém, compreendemos que é necessário avançar nesta seara, para tanto, nesta pesquisa temos adotado o conceito de “populações negligenciadas”, por compreender que o processo de pauperização e miserabilidade compõem um projeto que negligencia esses corpos a fim de produzir morte e as desigualdades das quais o modo de produção capitalista se alimenta e retroalimenta. O conceito de vulnerabilidade se associa à ideia de que o sujeito é vulnerável, e individualiza a expressão de fenômenos socialmente construídos. Defendemos que o conceito de negligência enquanto abordagem e escolha política, desloca as análises para a omissão do Estado, que abandona à própria sorte, em um evidente projeto necropolítico, que tem como alvo segmentos populacionais como a População em Situação de Rua.

O trabalho reflexivo que a presente pesquisa propõe é importante para a atuação das/dos assistentes sociais nas eCR, haja vista que Iamamoto (2007) traz uma série de requisitos necessários para a atuação profissional inserida nas relações sociais, que se dão na realidade das sociabilidades capitalistas, e que continuam mais atuais do que nunca. Espera-se que a/o assistente social seja:

[...] um profissional culto e atento às possibilidades descortinadas pelo mundo contemporâneo, capaz de formular, avaliar e recriar propostas ao nível das políticas sociais e da organização das forças da sociedade civil. Um profissional informado, crítico e propositivo, que aposte no protagonismo dos sujeitos sociais. Mas também um profissional versado no instrumental técnico-operativo, capaz de realizar as ações profissionais, aos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimuladoras da participação dos usuários na formulação, gestão e avaliação de programas e serviços sociais de qualidade (Iamamoto, 2007, p.144).

Portanto, este estudo poderá auxiliar na identificação das formas com que as diversas realidades nos aproximam ou nos afastam dos requisitos acima listados.

Observa-se ainda, o avanço das políticas neoliberais, as mudanças contemporâneas

que estão transformando os meios de produção capitalista, assim como metamorfoseiam e inauguram formas cada vez mais perversas de exploração da classe trabalhadora (Antunes, 2022). Este contexto pauta a realidade a ser estudada, fazendo emergir os seus impactos e desdobramentos sobre o processo de rualização (Tiengo, 2020). Não podemos deixar de citar o cenário político em que esta pesquisa se inicia, onde temos a figura nefasta do Presidente da República Jair Bolsonaro (2019-2022), que representa a materialização do plano das elites no que se refere ao extermínio do povo preto, pobre e periférico. As ações genocidas lideradas pelo governo no não-enfrentamento à pandemia de COVID-19, o desmantelamento e desarticulação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de políticas públicas mais progressistas como a do Consultório na Rua, impactam diretamente as populações mais vulnerabilizadas, como destacamos em Sarreta *et al* (2022c).

A pesquisa partiu do pressuposto de que as/os assistentes sociais na área da saúde, inseridas/os no espaço sócio ocupacional das eCR, tem desenvolvido saberes, técnicas, métodos e estratégias, para atender as contradições existentes entre as demandas societárias, institucionais e a defesa dos direitos da PSR. Entendemos ainda, que existem especificidades na atuação da/do assistente social inserido nas equipes de Consultório na Rua, considerando a complexidade das demandas da PSR para a área da saúde, o acirramento da “questão social”, as violações de direitos presentes nesta realidade, além das questões de ordem técnica, operativa, metodológica e ética de se atuar nas ruas, que se configuram desafios cotidianos à atuação profissional.

A partir do levantamento bibliográfico identificamos um número reduzido de pesquisas sobre a inserção do Serviço Social nas eCR, e por se tratar de uma estratégia recente no âmbito do SUS e em pleno processo de implementação, os profissionais de Serviço Social demandam por um referencial que contribua para o aporte teórico do fazer profissional, e para uma práxis desenvolvida a partir do acúmulo construído na realidade das ruas. Portanto, a pesquisa se propõe a contribuir respondendo à esta lacuna na produção de conhecimento.

No processo investigativo buscamos responder a alguns questionamentos como: De que forma o Serviço Social na saúde se apropriou do trabalho realizado nas ruas? Como se deu a implantação, o avanço e a implementação da política nos municípios? Quais são os desafios e as especificidades em relação ao trabalho profissional? Como as redes de saúde se relacionam com as eCR? Quais as modalidades pactuadas nas diferentes cidades? Entre outras questões referentes à estratégia do SUS. Todos os questionamentos serviram de mola

propulsora para um fazer investigativo e para um conhecimento que seja produzido para e com os atores envolvidos. Neste sentido a pesquisa tem como objetivo:

Objetivo Geral

- Analisar o fenômeno da População em Situação de Rua no Brasil, a sua relação com o processo saúde-doença e a atuação de assistentes sociais neste contexto;

Objetivos Específicos

- Investigar a atuação profissional das e dos Assistentes Sociais com a População em Situação de Rua e as especificidades nas equipes de Consultório na Rua no SUS.
- Pesquisar o processo de implantação e implementação da Estratégia nos diversos territórios do país;
- Compreender os desafios, entraves, dilemas e experiências sobre o trabalho no “território rua”;
- Identificar as demandas e a atuação profissional junto aos movimentos sociais da população em situação de rua;
- Conhecer os atravessamentos da Pandemia da COVID-19 no trabalho desenvolvido no SUS com a população em situação de rua.

A população em situação de rua enfrenta em seu cotidiano, todas as formas de violências possíveis, além de ter suas vontades, crenças, decisões e vozes silenciadas, anuladas e invisibilizadas (Hallais, 2015). De forma semelhante, as trabalhadoras e trabalhadores que atuam junto a esta população também são alvos de hostilidade e preconceito por parte da população e instituições, portanto, é imperioso dar visibilidade às especificidades presentes nesta realidade, desvelando os mecanismos pelos quais a “questão social” se materializa nas relações de subalternidade, racismo, discriminação e violação de direitos presentes na vivência de rua.

Percurso metodológico

O estudo realizado propõe uma reflexão de posições e preocupações frente a uma determinada realidade social, o que Minayo (1994) denomina de pesquisa social, pois pretende captar a realidade, sua dinâmica e história. O Materialismo histórico-dialético enquanto método de investigação, viabiliza a realização de uma pesquisa cujo processo

reflexivo permite conhecer a realidade impactada pelas políticas públicas, mas que também faça o trajeto inverso, pois é a realidade experienciada que nos dá pistas dos rumos destas políticas (Minayo, 2004). Para tanto, a abordagem qualitativa vem ao encontro do caminho percorrido na pesquisa.

A abordagem qualitativa, como analisa Minayo (1994), possibilita uma apropriação profunda da realidade social, ou seja, vai além da imediatez e da aparência, buscando as múltiplas refrações que a compõem, pois “[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (1994, p. 21).

Trata-se de uma pesquisa social realizada através de estudo bibliográfico, análise documental e pesquisa de campo.

A etapa do estudo bibliográfico, segundo Gil (2008), é fundamental para a “[...]definição do sistema conceitual da pesquisa e à sua fundamentação teórica. Também se torna necessária a consulta ao material já publicado tendo em vista identificar o estágio em que se encontram os conhecimentos acerca do tema que está sendo investigado” (Gil, 2008, p. 60).

A etapa de análise documental se vale de dados que, de acordo com o autor: “[...] são obtidos de forma indireta, que tomam a forma de documentos.” (Gil, 2008, p. 147). A pesquisa dar-se-á a partir das legislações, Programas, Planos, Políticas Públicas e documentos oficiais relacionados à saúde da PSR, além das bases de dados do Ministério da Saúde que compilam informações acerca das estratégias na Atenção Básica.

Também se constitui uma etapa dessa pesquisa, o processo de integração provocado por este estudo, entre Universidade, os movimentos sociais e a rede de atenção, partindo de uma perspectiva orgânica, ativa e permanente. Para tanto, realizamos um trabalho de aproximação com os espaços e sujeitos que protagonizam o debate. O processo investigativo se deu por meio das seguintes etapas:

1) Em 2021: Realização do evento a “1ª Celebração, Lutas e Resistências: visibilidade do trabalho e da população em situação de rua - Encontro que proporcionou o debate da rede de atenção à População em Situação de Rua de Franca - SP, com a participação do idealizador e fundador da estratégia Consultório de Rua, o professor Dr. Antonio Nery Filho (Unesp, 2021)

2) Em 2022: Realização do evento da “2ª Celebração, Lutas e Resistências”, concomitante com o “1º Fórum Nacional de Trabalhadoras e Trabalhadores dos Consultórios na Rua” - Contou com a participação de eCR de todo o país, além de pesquisadores,

movimentos sociais e usuários (Unesp, 2022).

3) Em 2022: Pesquisa de Opinião dentro do 1º. Fórum Nacional de Trabalhadoras e Trabalhadores dos Consultórios na Rua - Deste movimento, extraímos as primeiras informações acerca da realidade das equipes e os desafios impostos pela pandemia, por meio de um questionário estruturado para pesquisa de opinião pública, sem identificação dos sujeitos, em observância à Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O questionário foi encaminhado via Google Forms para os congressistas durante o evento, e foi respondido por 69 participantes de todas as regiões do país.

4) Em 2024: Pesquisa de campo com assistentes sociais das equipes de Consultório na Rua em todo território nacional - A técnica utilizada para a coleta de dados em campo foi o questionário estruturado (Apêndice A), com questões de múltipla escolha, que permitiu levantar dados sobre a atuação das/dos assistentes sociais e sobre as eCR. O projeto de pesquisa foi apresentado à Rede Nacional de Consultórios na e de Rua (RNCR), para que a pesquisa pudesse ser realizada junto às assistentes sociais do coletivo, com autorização assinada pelo coordenador geral da RNCR, Daniel Souza (Anexo B). A pesquisa de campo foi analisada e aprovada pelo Comitê em Ética em Pesquisa, parecer nº 6.783.016 (ANEXO C). O questionário foi encaminhado via Google Forms através do site e dos grupos de WhatsApp da RNCR, tendo sido respondido por 68 assistentes sociais trabalhadoras/es dos Consultórios na Rua, com representações de todas as regiões do país.

Figura 1. Divulgação da pesquisa no site da RNCR



Fonte: Site RNCN

O questionário estruturado foi dividido em 3 blocos:

- 1ª parte - Coleta de dados referente ao perfil das/dos profissionais de Serviço Social;
- 2ª parte - Coleta de dados referente à Estratégia de equipes de Consultório na Rua e a relação com a rede intersetorial;
- 3ª parte - Coleta de dados sobre a atuação profissional de assistentes sociais das equipes de Consultório na Rua.

O universo da pesquisa foi extraído das/dos profissionais de Serviço Social dos

Consultórios na Rua no Brasil, tendo como critério de inclusão:

- Que as/os assistentes sociais estejam atuando ou que tenham trajetória de atuação na Estratégia de equipes de Consultório na Rua;
- Que estejam inseridas/os na Rede Nacional de Consultórios na Rua e de Rua (RNCR), coletivo que reúne trabalhadoras/es da estratégia de todo o país, por meio do qual conseguimos realizar um processo de aproximação com as/os profissionais, garantindo a capilaridade necessária para uma pesquisa a nível nacional.

Demos início à coleta de dados em abril de 2024 e encerramos em setembro do mesmo ano no 7º Encontro Nacional de Consultórios na e de Rua.

O tratamento e análise dos dados se deu por meio da triangulação de métodos, que consiste na combinação e no cruzamento de diferentes técnicas e pontos de vista projetados para o mesmo objetivo: “os diferentes métodos, técnicas e estratégias são vistos aqui como ‘grades’ por meio das quais se pode observar e compreender a realidade” (Minayo, 2005, p. 99).

Por fim, o conteúdo foi produzido e analisado de forma triangulada e à luz do desenho hermenêutico-dialético, ou seja, por meio de uma interpretação crítica dos dados, que nos permita ser, também, propositivos (Minayo, 2005).

Parte da coleta de dados se dá por meio da garantia de um espaço para que as/os participantes pudessem trazer as suas narrativas. A Construção de Narrativas na pesquisa na área da saúde possibilita uma troca, cujo percurso dialético propõe o desvelamento das realidades e suas mediações. Entendemos a narrativa enquanto o relato permeado de significados, que por meio da fala, permite a organização dos processos que constroem as experiências. As narrativas compõem o conteúdo coletado por meio do questionário, as falas aparecem com destaque em *itálico* no decorrer do 3ª e 4ª capítulos.

O ato de narrar viabiliza aos interlocutores a elaboração das vivências, seus percursos, os marcos históricos, que são fundamentais para a compreensão das relações sociais, culturais, econômicas, políticas, que circundam determinadas realidades. Ao entrar em contato com as produções acerca das teorias e experiências sobre as narrativas em saúde, identificamos nessa técnica a possibilidade da construção de um percurso metodológico capaz de dar visibilidade aos saberes que se constituem por meio da oralidade. Ora, se partimos da compreensão de que as ciências têm suas bases atravessadas e estabelecidas pela colonialidade, enquanto pesquisadores, é nosso dever realizar o exercício de pensar a pesquisa para além dos constructos que são, direta ou indiretamente, impostos por uma lógica

eurocentrada.

A tradição oral reúne capital sociocultural acumulado e expresso por meio do corpus da memória coletiva que se perpetua e transmite de geração a geração. Não é apenas forma de expressão, mas aquela que provê a preservação da existência do próprio grupo em que se desenvolve. As narrativas registradas, têm função de promover espaços onde as histórias sejam (re)contadas a partir da perspectiva de quem a conta.

A pesquisa parte do conhecimento da realidade vivenciada pelas/os profissionais de Serviço Social nas diferentes regiões do país. Esperamos, ao final deste estudo, apresentar como resultado da pesquisa a promoção da visibilidade das especificidades, características, desafios e possibilidades do trabalho junto à PSR; apresentação de um panorama do processo de implantação e implementação, avanços e recuos que se deram a partir da atuação das equipes de Consultório na Rua no Brasil; contribuição para o fortalecimento do coletivo de trabalhadoras/es e pesquisadoras/es na luta pela qualificação do trabalho profissional da/do assistente social, como forma de resistência e defesa intransigente dos direitos dos usuários, na busca de um SUS que continue sendo público e para todos, e que seja sobretudo, acolhedor, integral, universal e de qualidade, reafirmando, desta forma, o nosso compromisso ético-político enquanto classe trabalhadora.

A centralidade da formação para o embasamento teórico e metodológico da pesquisa: o papel das disciplinas da construção da Tese

Ainda compondo o produto introdutório desta tese, me foi recomendado pela banca de qualificação, que eu mantivesse a análise sobre o processo formativo como base do percurso construído para a pesquisa desenvolvida, uma vez que os debates oriundos deste processo resultaram em produções importantes para o processo de doutoramento. Apresento a seguir, a reflexão realizada acerca da contribuição de cada uma das disciplinas para a construção deste estudo.

1. Pesquisa em Serviço Social II - A disciplina abordou os aspectos necessários ao processo da pesquisa no campo das ciências sociais, buscando dialogar sobre as questões éticas, teóricas e metodológicas fundamentais para o percurso que se apresenta para o doutoramento.

As aulas trouxeram reflexões importantes sobre a construção das pesquisas, assim como a importância de construirmos um referencial que de fato ofereça o suporte aos resultados pretendidos. Importante ressaltar que vivenciávamos os piores momentos da

Pandemia de COVID-19, e o cenário de crise sanitária também foi alvo de nossas reflexões. A disciplina foi ministrada remotamente, e foi preciso pensar nos impactos deste momento histórico para a formação e produção de conhecimento.

A docente organizou uma bibliografia bastante robusta, e de forma a construir uma trajetória na disciplina que foi gradualmente apoiando a turma na identificação de aspectos essenciais da pesquisa. Dessa forma, foi possível dialogar sobre a importância de realizar os recortes da realidade a serem estudados para garantir exequibilidade à pesquisa, refletiu-se ainda sobre a definição dos problemas e questionamentos a serem respondidos, sobre os desafios na qualificação dos objetivos, pressupostos e resultados esperados. Trabalhamos com as produções de Maria Cecília Minayo, José Paulo Neto, Jussara Bourguignon, entre outras/os autoras/es que embasaram as discussões, com elementos centrais para o processo de maturação do projeto de pesquisa.

Outro ponto fundamental para a trajetória desta pesquisa, foi a possibilidade de tratarmos das questões objetivas do processo de doutoramento. A docente viabilizou o acesso ao conhecimento das exigências institucionais da Universidade, qualificação do Currículo Lattes, com a participação de uma estudiosa do tema, disponibilização de roteiro para o Memorial, entre outros. Por meio da informação e orientação adequadas, o corpo discente se instrumentaliza para responder a todas estas exigências que, em geral, são fonte de grande insegurança.

A disciplina teve um papel fundamental para todas as pesquisas da turma, pois as aulas se tornaram um espaço para que todas e todos pudessem olhar para os próprios projetos, principalmente no que tange à metodologia. Foi explicitado acerca de cada etapa no processo metodológico, e a importância de se apropriar de cada elemento que compõe este processo. Apreendeu-se acerca da necessidade de elegermos o método, abordagens, técnicas que dialoguem com a intencionalidade da pesquisa e assim evitar erros que pudessem comprometer toda a investigação.

No processo de avaliação da disciplina, a turma apresentou um artigo para a reflexão do percurso metodológico de cada uma das pesquisas. Com a riqueza e diversidade das trajetórias apresentadas, a professora Dra. Maria Cristina Piana propôs a publicação dos textos. Eu assumi a tarefa de, junto com a docente, organizar a publicação, e em dezembro de 2022 lançamos o livro “Reflexões Teóricas e Metodológicas das Pesquisa Sociais: uma experiência do doutoramento”, pela editora Pedro & João Editores em e-book e livro físico. (SANTOS; PIANA, 2022)

No livro tenho publicado um capítulo denominado “Oralidade e Narrativas em Saúde: a construção de abordagens decoloniais” (SANTOS; SARRETA, 2022) em que proponho uma reflexão acerca da importância da oralidade como recurso metodológico nas ciências sociais, para a preservação da memória e história da população negra. Foi o meu primeiro trabalho compondo a organização de um livro, eu realizei a captação, revisão dos textos, fiz a padronização dos capítulos para serem encaminhados à editora, inseri os dados sobre os autores, escrevi junto com a docente a apresentação do livro, ou seja, foi um processo de aprendizado muito importante para a minha formação, um desdobramento da disciplina que me impactou enquanto pesquisadora, pois me permitiu vivenciar uma experiência nova na minha trajetória acadêmica.

Portanto, a disciplina de Pesquisa em Serviço Social foi fundamental para que as/os discentes pudessem identificar as fragilidades, inconsistências e equívocos no processo investigativo, assim como possibilitou ressaltar as potencialidades das pesquisas para que fosse possível trabalhar no aprimoramento dos aspectos éticos, metodológicos a fim de garantir o rigor necessário à produção de conhecimento na área das ciências sociais. Em tempos de isolamento social e com um cenário político marcado pelo avanço do conservadorismo, negacionismo, anticientificismo e desinformação, a disciplina nos convocou a reafirmar o compromisso ético-político com a pesquisa em Serviço Social.

2. Serviço Social e seus Fundamentos: análise histórico-crítica - A disciplina apresenta um debate central para a formação docente, pois possibilitou o aprofundamento acerca dos fundamentos do Serviço Social sob uma perspectiva crítica, a partir de um referencial teórico qualificado.

Iniciávamos as aulas com um momento cultural, onde o docente sempre preparava um vídeo, ou a participação de colegas com canções da América Latina, o que promovia uma ambiência propícia ao debate brasileiro inserido no contexto social e político latino americano, reverenciando a nossa produção cultural enquanto marco constitutivo de um povo.

O debate acerca da formação social na América Latina foi fundamental para a compreensão dos processos de pauperização, em especial nesta pesquisa, os que se desdobram sobre o fenômeno da População em Situação de Rua, e como se dá de forma específica neste território. Trabalhamos com as produções do professor José Fernando, Rui Marini, Claudio Katz, Florestan Fernandes, Virgínia Fontes, para fundamentar as nossas discussões.

Contamos ainda com as aulas ministradas pelo professor Freddy Esquivel Corella, da Costa Rica, que nos apresentou um panorama de como o debate acerca dos fundamentos da

profissão se dão em outros países da América Latina, suas especificidades na formação, as contribuições do diálogo entre os países para a formação profissional, e fortalecimento do Serviço Social.

A disciplina ministrada pelo Professor José Fernando de Siqueira, promoveu o aprofundamento da teoria em Marx, compreendendo os processos de produção e reprodução social nos marcos do capitalismo, além das contradições entre Capital e Trabalho. Debatemos sobre o trabalho enquanto categoria analítica central para o Serviço Social e a importância de conhecermos a formação social da classe trabalhadora no contexto do capitalismo dependente. Estudamos a teoria histórico-crítica por meio dos escritos de Marx e dos pensadores do Serviço Social como Marilda Iamamoto, Maria Carmelita Yazbek, Yolanda Guerra, Raquel Santana, entre outras, que nos permitiu realizar as aproximações com os objetivos de nossas pesquisas, assim como refletir sobre os sujeitos envolvidos.

Outro ponto importante a destacar acerca da contribuição da disciplina para esta pesquisa, foram as aulas destinadas a pensar a questão racial na formação social do Brasil, compreendendo que o racismo, enquanto um sistema de opressão, é componente fundante da “questão social”, superando o discurso que trata o debate no âmbito do identitarismo, ou como uma refração das contradições entre capital e trabalho. Para tanto, nos organizamos em grupos, e apresentamos o debate para a turma, dialogando com autores que fazem as mediações entre o acúmulo teórico da profissão e o debate étnico-racial no Brasil, por meio de uma perspectiva histórico-crítica.

Foi possível qualificar o debate que eu proponho nesta pesquisa por meio das reflexões viabilizadas na disciplina, e obtive bons frutos a partir desta experiência. O docente propôs a realização de um artigo para a avaliação da disciplina, e nas leituras que realizamos, busquei me apropriar do conceito de “lumpemproletariado”, e como este conceito dialoga com o fenômeno da População em Situação de Rua. Realizei um ensaio, apresentando esta população enquanto classe trabalhadora, e com todo o cuidado para não cometer nenhum anacronismo, superar a ideia de que quem vive nas ruas é um peso morto para a sociedade, ou que não compõe o sistema de produção e acumulação de riquezas nos marcos do capital. O texto apresentado para esta disciplina, foi submetido à revista Ser Social da UNB, com o título “População em Situação de Rua na Pandemia: desdobramentos da crise do capital” publicado em julho de 2022, (SANTOS; SARRETA, 2022), sendo o artigo mais acessado daquele volume, com aproximadamente 500 downloads. O que considero uma contribuição muito importante para a minha formação e trajetória acadêmica.

Considerando todo o exposto, a disciplina apresentou ótimos referenciais e debates que impactaram a abordagem com a qual eu vou trabalhar na pesquisa, trazendo para a centralidade do debate os marcadores de raça, classe e gênero em uma perspectiva crítica. Provocou-me a pensar a PSR enquanto um fenômeno necessário à manutenção do capital, que se alimenta e retroalimenta das desigualdades, do pauperismo e das mazelas que afetam as populações negligenciadas.

3. Identidade, Oralidade, Memória e Ancestralidade: teoria, metodologia e conceitos em ciências humanas: conhecimento e saberes culturais - A disciplina ministrada pelo professor Dagoberto Fonseca, foi certamente um dos grandes marcos para esta pesquisa, além de uma experiência pessoal muito significativa, pois antes de ser uma pesquisadora, trabalhadora, eu sou uma mulher preta, e as questões abordadas nesta disciplina me atravessam em todos os aspectos da minha vida.

O docente propôs uma configuração diferenciada para a disciplina, as aulas, que aconteceram remotamente, contaram com a participação de alunas/os especiais da graduação e de trabalhadoras/es da rede do município de Franca, o que proporcionou um debate muito rico com diferentes experiências acadêmicas e profissionais. Era um espaço diverso nos perfis de raça e gênero, o que trouxe uma ambiência bastante propícia à debates intensos e um importante processo de desconstrução e ressignificação de conceitos, vivências e paradigmas.

Realizamos a leitura de obras de Frantz Fanon, Neusa Santos Souza, Jurandir Freire Costa, que nos aproximou do acúmulo teórico acerca da questão racial, e os seus muitos desdobramentos na sociedade brasileira. Debatesmos o conceito de raça, enquanto uma construção social cujo objetivo era estabelecer relações de poder em função da cor da pele e origem territorial. Nos debruçamos acerca do racismo enquanto uma criação da branquitude e um sistema de opressão que impacta toda a sociedade, compreendendo a partir daí, a importância de trazer pessoas brancas para a responsabilidade do enfrentamento ao racismo.

A disciplina ainda nos brindou com a oportunidade de conhecer a história do continente africano, por meio dos estudos do professor Dagoberto, que compartilhou com o grupo os seus achados, experiências, viagens e produção científica acerca do tema, o que nos fez compreender a multiplicidade territorial, cultural, econômica dos 54 países que compõem o continente. Nos colocou diante do fato de que não conhecemos nada de África, que comumente é tratada como se fosse uma unidade, um país. Evidencia-se, portanto, que a grandiosa e rica história africana sofre até os dias atuais um saqueamento e apagamento por parte da dominação territorial e das narrativas europeias, tendo como consequência um olhar

distorcido do mundo acerca da realidade dos países africanos. Neste sentido, a disciplina nos convida a qualificar o debate e o olhar acerca da contribuição histórica de África para a formação social no Brasil.

Aprofundamos ainda sobre o sistema escravocrata, os movimentos de resistência, o processo de abolição e os desdobramentos para a sociedade brasileira. O estudo dos aspectos históricos do povo negro no Brasil, é fundamental para derrubarmos o mito da democracia racial, denunciarmos o projeto eugenista ainda em curso e compreendermos as políticas públicas defendidas pelo Serviço Social, assim como a urgente necessidade de avançarmos nas estratégias de reparação histórica por meio das cotas raciais e demais políticas afirmativas.

Todo este debate impactou esta pesquisa, e trouxe a necessidade de nos debruçarmos acerca da questão étnico-racial enquanto um componente central para a compreensão do fenômeno da População em Situação de Rua (PSR) no Brasil, considerando que as poucas pesquisas acerca do perfil desta população apontam que cerca de 70% das pessoas que vivem nas ruas são negras. Para a avaliação da disciplina, o docente propôs a construção de um artigo que aproximasse o debate da disciplina com as pesquisas. Em parceria com o colega de mestrado Bruno César de Oliveira Guilherme, também pesquisador das pautas da PSR, apresentamos um ensaio sobre a formação social no Brasil no contexto do capitalismo dependente e o papel do Estado enquanto executor de um projeto de extermínio da população negra e produção do fenômeno da PSR. No ensaio, realizamos uma pesquisa acerca dos marcos legais que conferiram legitimidade ao projeto de eugenia, assim como evidenciamos que a existência de pessoas que vivem nas ruas, é a materialidade da resistência de um povo contra o aparelhamento do Estado pelas elites, cujo objetivo explícito, era o de operar uma política de encarceramento e morte da população negra no país. O texto foi publicado na Revista PerCursos da Universidade do Estado de Santa Catarina. (SANTOS; GUILHERME; SARRETA, 2023)

Este é um debate muito caro, e que inclusive evidencia a necessidade do Serviço Social avançar na discussão acerca das questões étnico-raciais, e denuncia uma fragilidade na nossa formação profissional que continua perpetuando os mesmo referenciais eurocentrados, e que ainda debate raça de forma fragmentada, secundarizada e tematizada. A disciplina ofereceu elementos para pensarmos em como trazer o debate acerca da questão racial para a centralidade do processo de construção de conhecimento, atuação política e formação profissional.

4. Análise de Políticas Públicas: abordagens e métodos - Esta disciplina teve uma contribuição central para esta pesquisa, pois o aprofundamento acerca dos conceitos que permeiam esta temática, viabilizou a qualificação acerca da análise que será feita das equipes de Consultórios na Rua, aulas ministradas pelo Professor Agnaldo de Sousa Barbosa.

As aulas contaram com um referencial qualificado, que evidencia a necessidade de debatermos de forma mais consistente as bases que fundamentam as políticas públicas. Considerando que o Serviço Social atua na elaboração, implantação e implementação dessas políticas, é fundamental o conhecimento acerca de suas bases históricas, intencionalidades, objetivos e métodos, neste sentido, a disciplina promoveu um espaço de conhecimento fundamental para a formação no âmbito do Serviço Social.

A pesquisa aqui apresentada, propõe se debruçar sobre as políticas públicas para a PSR, analisando os impactos para o processo saúde-doença desta população, portanto esta disciplina desempenhou função central para a qualificação do estudo, uma vez que viabilizou o acesso a referenciais na área das políticas públicas, abordando tantos os aspectos teórico-metodológicos, quanto técnico-operativos.

O debate acerca dos conceitos, promoveu reflexões que conduziu a um debate no seio desta pesquisa, que nos permitiu perceber e corrigir um equívoco de ordem conceitual acerca da Estratégia a ser estudada, entendendo-a enquanto uma estratégia inserida na Política Nacional de Atenção Básica. As aulas contaram ainda com um momento para a produção prática de fluxograma de análise de problema e da política pública, sendo uma experiência muito importante, pois os discentes puderam fazer um exercício de olhar de forma bastante minuciosa para as áreas de atuação, refletindo ainda sobre a função das políticas públicas nas sociedades capitalistas de projeto neoliberal, e como se dá o diálogo com a realidade local em que se insere o processo de implantação e implementação das políticas e seus territórios.

5 - Serviço Social, Saúde e Pandemia: desafios contemporâneos - Considerando o tema e os objetivos desta pesquisa, é evidente que debater a questão da saúde no contexto da pandemia foi fundamental e gerou reflexões profundas acerca dos impactos da crise sanitária junto à realidade vivenciada pela população usuária e trabalhadoras/es da saúde. Disciplina ministrada pela Professora Doutora Fernanda Sarreta.

A pandemia da COVID-19 no Brasil expôs a profunda desigualdade social, racial e de gênero. Este contexto estrutural da sociedade, foi agravado pelo não enfrentamento à crise sanitária por parte do Governo Federal (2019-2022), pelo avanço do conservadorismo, pelo negacionismo, desinformação, anticientificismo, intolerância, ou seja, se trata de um

momento histórico em que presenciamos a barbárie e a implementação de uma política de morte. Dessa forma, a disciplina foi extremamente relevante e tinha um grande desafio: promover a discussão acerca do Serviço Social na defesa da política pública de saúde neste contexto tão duro de desmonte e ataque ao SUS.

Em meio a uma das maiores tragédias humanitárias que se tem registro, uma disciplina com a proposta de discutir saúde em tempos pandêmicos foi de extrema importância para as trabalhadoras/es e pesquisadoras/es da área da saúde e demais áreas do saber, considerando que a crise sanitária impactou a sociedade em todos os seus aspectos sociais, econômicos e políticos.

A proposta da disciplina veio ao encontro dos anseios do corpo discente de buscar referências para compreender o momento histórico, portanto, a metodologia de construir estes saberes de forma coletiva, foi muito assertiva, pois se tratou de uma oportunidade de refletirmos sobre os debates propostos, ao mesmo tempo em que colaborávamos com a formação uns dos outros. A turma foi organizada em grupos, e realizamos rodas de conversa abordando os temas propostos, neste sentido, a metodologia dialogada promoveu um espaço participativo, convocando as/os discentes a construir o processo de aprendizagem de forma coletiva.

Outro ponto forte da disciplina, foi estar atenta ao movimento de produção de conhecimento que se deu em função da pandemia por meio das lives. Muitos pensadores importantes realizaram debates nas redes sociais e plataformas de compartilhamento de vídeos, que tiveram como função criar um canal de comunicação e reflexão em tempos de isolamento social, além de estabelecer um espaço formativo relevante. Se valendo desse material, a docente indicou lives com conteúdos extremamente pertinentes, dialogando com o referencial teórico disponibilizado.

Os textos de José Paulo Neto, Maurílio Mattos, Yolanda Guerra, Maria Carmelita Yazbek, entre outras/os, foram fundamentais para a compreensão de que a crise sanitária agudizou a crise do capital, e aprofundou as refrações da “Questão Social”, ou seja, estávamos diante de uma realidade que escancarou as mazelas produzidas pela acumulação do capital e suas contradições. A superexploração da classe trabalhadora, a desproteção social e a realidade vivenciada pelas populações negligenciadas, só confirmam que os impactos da pandemia são parte de um projeto de sociabilidade que não confere à todas as pessoas as mesmas condições de protegerem a si e suas comunidades. Considerando a crise do capital, inserido no contexto de um governo genocida, temos constituído um cenário de horror e

barbárie que revelou a política de morte operacionalizada por um Estado que não garantiu o mínimo necessário à sobrevivência do povo de rua, periférico, indígena, quilombola, preto e pobre.

Essas reflexões foram fundamentais para a qualificação desta pesquisa, pois uma das populações mais afetadas pela pandemia foi a PSR, que não pôde fazer isolamento social, não tinha acesso ao mínimo para a higiene pessoal, não conseguiu se inserir nos programas de auxílios emergenciais e viu as portas se fecharem quando precisaram de apoio. À época, como trabalhadora do Consultório na Rua de Franca, foi muito importante para a minha atuação profissional ter acesso ao debate mais atual sobre a questão da pandemia, para compreender a fundamentação histórica que dá conta de explicar os desafios impostos à realidade das ruas.

Da mesma forma, participar desta disciplina foi uma grande oportunidade para quem pesquisa o Serviço Social na saúde, fazer um debate qualificado sobre a pandemia da COVID-19, cujos impactos ainda estamos tentando mensurar.

No processo de avaliação da disciplina, a docente propôs a escrita de um manuscrito que promovesse o diálogo entre o conteúdo trabalhado nas aulas com a pesquisa em desenvolvimento. Foi uma oportunidade muito importante de registrar os desafios impostos pela pandemia à PSR e às trabalhadoras/es, especialmente na área da saúde. Produzi um artigo sobre a atuação do Consultório na Rua, aspectos históricos, limites e potencialidades. O texto “Serviço Social e a População em Situação de Rua: atuação no Consultório na Rua” foi publicado como capítulo do livro “Serviço Social e Saúde: reflexões de Brasil e Angola”. (SANTOS, 2022)

Por fim, ressalta-se o papel da Universidade que se coloca à serviço da comunidade e está atenta às suas demandas, neste sentido, a disciplina garantiu que pesquisadoras/es e trabalhadoras/es tivessem acesso a um debate crítico, um espaço para dialogar sobre a dura experiência da pandemia e fortalecer o movimento em defesa do SUS, que em meio à barbárie e contra todos os esforços da gestão federal, se mostrou mais forte e necessário do que nunca. A disciplina corrobora com o debate acerca da dimensão política do SUS, o reconhecimento do papel fundamental de suas pesquisadoras/es e trabalhadoras/es, sem nos esquecermos dos verdadeiros responsáveis por operar a política de morte que ceifou a vida de mais de 700 mil pessoas no Brasil. Em um momento em que as incertezas, o medo e o luto eram constantes em nosso cotidiano, a oferta desta disciplina demonstra o olhar atento para com as necessidades objetivas que partiam da realidade material no contexto da pandemia da COVID-19.

6. Seminário de Tese II - A participação no Grupo QUAVISSS - Grupo de Estudos e

Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social, sob a liderança da Prof^a Fernanda Sarreta, tem papel fundamental na construção desta pesquisa, e constitui um espaço em que podemos pensar e produzir conhecimento acerca da realidade na qual atuamos. Como desdobramento da pesquisa, realizamos junto ao Grupo QUAVISSS, o 1º Fórum Nacional de Trabalhadoras e Trabalhadores dos Consultórios na Rua, um evento que contou a participação de atores de todas as regiões do Brasil, debatendo as políticas públicas para a PSR, assim como os desafios impostos pela Pandemia de COVID-19. Realizamos ainda uma pesquisa de opinião junto aos participantes para conhecermos um pouco sobre a realidade das trabalhadoras/es no país, e já contamos com dados importantes que irão compor a presente pesquisa.

O suporte e orientação na pesquisa, permitem a qualificação da pesquisa e o processo de aprendizagem, pois a trajetória acadêmica exige rigor científico e metodológico, conhecimento aprofundado dos referenciais e fôlego para um processo extremamente trabalhoso.

Em suma, é a intersecção das trajetórias, sejam elas acadêmicas, profissionais e pessoais, que explicam e justificam este estudo, seus achados, os limites e possibilidades que encontramos no caminho. Na primeira parte do trabalho, que consta a Introdução e Percurso Metodológico, contextualizamos o momento histórico em que se inicia a pesquisa, os desafios para a atuação junto à PSR, e apresentamos as questões que pretendemos dirimir ao longo do desenvolvimento da pesquisa. Apresentamos também os caminhos percorridos para que pudéssemos alcançar os objetivos propostos, seus detalhamentos e cada passo necessário para que a pesquisa fosse viável metodologicamente.

O primeiro capítulo intitulado “O fenômeno da População em Situação de Rua no Brasil: perspectivas analíticas”, vai abordar o histórico do fenômeno na sociedade brasileira, dando centralidade para a questão étnico-racial sob uma perspectiva interseccional, enquanto elemento fundamental para a compreensão da produção de desigualdades, e a sua relação com a manutenção da lógica do modo de produção capitalista.

O segundo capítulo intitulado “A saúde da População de Rua em debate”, realizamos um debate sobre as questões que historicamente perpassam sobre as demandas de saúde dessa população. Apresentaremos uma reflexão acerca do protagonismo dos Movimentos Sociais na luta pelo direito à saúde da PSR, e o Consultório na Rua enquanto conquista dos enfrentamentos protagonizados pela rua nos diversos territórios do país.

No terceiro capítulo, abordaremos a Estratégia das equipes de Consultórios na Rua, os resultados da pesquisa de opinião realizada em 2022, e da pesquisa de campo realizada com

assistentes sociais dos Consultórios na Rua, com as análises acerca das especificidades das equipes em que as participantes atuam.

O quarto e último capítulo realizamos a análise da pesquisa de campo que versa sobre a atuação de assistentes sociais nos Consultórios na Rua. Neste capítulo, as/os profissionais compartilham os desafios impostos pela realidade das ruas, os elementos constitutivos do processo de trabalho, o papel do Serviço Social nas equipes, entre outras questões importantes para conhecermos mais a fundo o trabalho junto às demandas de saúde da PSR.

Os resultados da pesquisa bibliográfica apontam para a complexidade do fenômeno da PSR, e nos dão pistas dos desafios encontrados por assistentes sociais no cotidiano profissional. Dialogando com dados da pesquisa bibliográfica, os resultados encontrados na pesquisa de campo apontam para um trabalho altamente complexo e comprometido com as defesas ancoradas na perspectiva de direito. A pesquisa retorna dados sobre um campo de atuação com especificidades muito evidentes, com desafios e possibilidades muito próprias do trabalho realizado nos Consultórios na Rua. Os resultados indicam os atravessamentos no mundo do trabalho, na saúde da trabalhadora e do trabalhador, a relação com o território, com as políticas públicas, movimentos sociais em um contexto político e econômico absolutamente desafiador, marcado pelo avanço do conservadorismo e ataques aos direitos humanos, cuja população em situação de rua é alvo preferencial.

Concluimos que a saúde é pauta central para esta população, uma vez que é justamente a questão saúde e, sobretudo, a questão de saúde mental que tem justificado a implementação sistemática do projeto de genocídio da população em situação de rua, que é violentada e negligenciada cotidianamente. Neste sentido, o “território rua” se torna espaço pautado pela lógica do medo, insegurança, violência e morte. Porém, a pesquisa busca ressaltar que a rua criou estratégias de enfrentamento e organização política que tem permitido resistir a este projeto explícito de extermínio. As tecnologias de aquilombamento e a luta dos movimentos sociais evidenciam que a rua também é espaço de possibilidades, que a rua produz afeto, acolhida e vida, e o Serviço Social se reconhece neste lugar que também potencializa a nossa atuação por meio da troca, da luta e do reconhecimento que a rua nos confere.

CAPÍTULO 1. O FENÔMENO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: perspectivas analíticas

LINHAGEM

Eu sou descendente de Zumbi
Zumbi é meu pai e meu guia
Me envia mensagens do orum
Meus dentes brilham na noite escura
Afiados como o agadá de Ogum
Eu sou descendente de Zumbi
Sou bravo valente sou nobre
Os gritos aflitos do negro
Os gritos aflitos do pobre
Os gritos aflitos de todos
Os povos sofridos do mundo
No meu peito desabrocham
Em força em revolta
Me empurram pra luta me comovem
Eu sou descendente de Zumbi
Zumbi é meu pai e meu guia
Eu trago quilombos e vozes bravias dentro de mim
Eu trago os duros punhos cerrados
Cerrados como rochas
Floridos como jardins
(Carlos Assumpção)

Para a contextualização do presente estudo, realizamos um breve levantamento acerca dos números dessa população no Brasil. Os dados foram extraídos do Observatório do Cadastro Único, do Diagnóstico da População em Situação de Rua do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (BRASIL, 2023), e da Pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2022).

Até agosto de 2025 o Cadastro Único registrou o número de **349.918 pessoas em situação de rua** em todo o território nacional. O IPEA (2022) divulgou uma pesquisa que estimou um crescimento de **211% de 2012 a 2022** e um aumento de **38% entre 2019 e 2022**, quando esta população atingiu a marca de 281.472 pessoas. Um aumento expressivo, cuja relação com a pandemia iremos explorar no decorrer desta pesquisa.

Em relação ao gênero, constata-se um perfil majoritariamente masculino (87%), e uma população de maioria negra (68%); e também o aumento do número de pessoas em situação de rua por região do país, como podemos observar na tabela abaixo:

Tabela 1. Número de pessoas em situação de Rua de 2012 a 2022

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
2012	3.147	16.088	46.702	15.928	8.615	90.480
2013	3.290	17.062	50.576	16.423	8.895	96.246
2014	3.656	17.804	57.482	17.859	9.850	106.650
2015	4.089	24.754	63.914	19.544	10.803	123.104
2016	4.622	27.698	74.197	21.957	10.313	138.785
2017	5.674	26.590	89.173	27.296	11.881	160.614
2018	7.826	29.827	99.796	32.975	14.325	184.749
2019	8.002	34.705	114.413	32.731	14.809	204.660
2020	9.404	35.721	120.104	34.809	14.413	214.451
2021	17.695	43.723	122.255	32.562	15.912	232.147
2022	18.532	53.525	151.030	39.178	19.207	281.472

Fonte: IPEA, 2022

A cidade de São Paulo é o território com a maior concentração da população no país, sendo o sudeste a região com o maior número de PSR.

Tabela 2. Municípios com maior concentração de pessoas em situação de rua

REGIÃO	UF	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO TOTAL 2022	PSR NO CADASTRO ÚNICO 2022	% DO TOTAL DE PSR DO PAÍS
Sudeste	SP	São Paulo	11.451.245	53.853	22,8
Sudeste	RJ	Rio de Janeiro	6.211.423	13.566	5,7
Sudeste	MG	Belo Horizonte	2.315.560	11.826	5,0
Centro-Oeste	DF	Brasília	2.817.068	7.924	3,4
Nordeste	BA	Salvador	2.418.005	7.909	3,3
Nordeste	CE	Fortaleza	2.428.678	6.334	2,7
Sul	PR	Curitiba	1.773.733	3.477	1,5
Sul	RS	Porto Alegre	1.332.570	3.189	1,3
Sudeste	SP	Campinas	1.138.309	2.547	1,1
Sul	SC	Florianópolis	537.213	2.020	0,9
Total 10 municípios			32.423.804	112.645	47,7

Fonte: Diagnóstico Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2023.

É fundamental buscarmos a história que conta esse fenômeno, suas bases, contexto político e social. Fizemos a escolha metodológica de realizar essa análise a partir do recorte

histórico-temporal do período pós-abolição no Brasil, mas entendendo que se trata de um fenômeno presente em diversas sociedades ao longo do tempo, sendo o recorte histórico fundamental para garantir a exequibilidade da pesquisa. Realizaremos, neste capítulo, uma análise sobre o fenômeno da PSR a partir das bases históricas do racismo no Brasil.

1.1 O racismo e as bases históricas do fenômeno da PSR no Brasil

O processo investigativo tem como função buscar respostas para questões que, no nível das aparências, estão socialmente dadas, cristalizadas por meio do senso comum e que servem à manutenção da lógica que naturaliza as desigualdades. Sobre a PSR não é diferente, existe uma construção social inserida no imaginário coletivo, que marginaliza e estigmatiza essa população, assim como afirma o Kohara (2023, p. 101):

A população em situação de rua é vista comumente pela sociedade como grupo que não foi capaz de se inserir socialmente devido à falta de aptidão ou outro motivo ocasionado por ele mesmo como desinteresse, comprometimento com drogas, gosto pela liberdade que a rua possibilita ou outro fator de sua total responsabilidade. Esta visão encarcera todo um grupo social na perspectiva da incapacidade ou da culpabilização.

Por esta razão, compreendemos que é fundamental recontar a história a partir dos marcadores históricos que explicam este fenômeno. Para tanto, iremos nos debruçar sobre o período que compreende o final do sistema escravocrata e o pós-abolição no Brasil e os instrumentos que o Estado lançou mão para materializar o projeto de embranquecimento da população, que forjou o processo de rualização do povo preto e a ocupação dos espaços urbanos pela População em Situação de Rua (PSR).

O conceito de “rualização” diz respeito à uma abordagem teórica que evidencia a vivência de rua em suas múltiplas determinações (Snow; Anderson, 1998; Tiengo, 2021), ou seja, estar na rua é parte de um fenômeno que se dá de forma processual, que se relaciona com a história e o contexto social em que estas pessoas estão inseridas. Portanto, compreendemos: “[...] que a vivência de rua não se dá arbitrariamente e nem pode ser explicada de forma descolada das relações sociais em que se insere, pois compreende-se que a rualização se materializa de maneira processual pelo atravessamento das complexidades da realidade social” (Santos; Sarreta, 2022, p. 365).

A exemplo disso, a pesquisadora apresenta uma situação vivenciada atuando nas ruas, onde uma colega de equipe, mulher branca, ao se deparar com um usuário também branco, se choca e expõe à equipe a sua surpresa: *“Vocês viram que homem bonito, parece um modelo,*

nem parece que é morador de rua!”. Essa frase disparou reflexões importantes e provocou uma série de questionamentos: O que ela quis dizer com *“homem bonito”*? Ou, lhe teria causado espanto a presença de um corpo branco na condição de moradia de rua? Ora, se ele não se parecia com um *“morador de rua”*, como *“deveria”* ser a aparência de uma pessoa nesta situação?

É a percepção acerca da pertença racial desta população, que nos dará as pistas necessárias para a compreensão do fenômeno no Brasil. Para tanto realizamos um breve resgate histórico, apresentado a partir das leis que permearam o sistema escravocrata e o período pós-escravidão. Desta forma, poderemos compreender os impactos das ações do Estado sobre os povos advindos de África e seus desdobramentos sobre o fenômeno da racialização.

Considerando que as populações negligenciadas foram forjadas pelo sistema escravocrata e desenhadas pela lógica do racismo, compreendida enquanto uma construção ideológica e um conjunto de práticas que estabelece uma divisão racial do trabalho presente em todas as sociedades capitalistas contemporâneas (Gonzalez, 2020), destacam-se alguns marcadores legais que explicitam como as violências vividas pela PSR foram sendo construídas pela elite burguesa por meio do aparato estatal, e os impactos do avanço do capitalismo dependente para esta população no Brasil.

A questão da PSR enquanto pauta na agenda pública é recente e conquista da luta dos movimentos sociais, que possibilitaram a construção de uma rede de proteção social a esta população no Brasil. São lutas para a garantia dos meios de sobrevivência dessa população, de condições básicas para subsistência e dos meios para a superação da experiência de miséria, vulnerabilidade, violações, entre outras.

Porém, até a conquista da política pública que reconhece a PSR em toda a sua diversidade, foram séculos de construção social que relegaram essas pessoas ao lugar de incapacidade, imoralidade e inutilidade. Considerando que, apesar de poucos dados disponíveis, os censos para a PSR das cidades de São Paulo e Rio de Janeiro apontam para a real cor das ruas, onde 70% em São Paulo (2019) e 76% no Rio de Janeiro (2020) da população entrevistada é constituída por pessoas negras. O único censo nacional realizado acerca desta realidade também aponta que:

[...] 39,1% das pessoas em situação de rua se declararam pardas. Essa proporção é semelhante à observada no conjunto da população brasileira (38,4%). Declararam-se brancos 29,5% (53,7% na população em geral) e pretos 27,9%, (apenas 6,2% na

população em geral). Assim, a proporção de negros (pardos somados a pretos) é substancialmente maior na população em situação de rua. (Brasil, 2008).

No último censo, a população negra figura cerca de 55% da população geral (IBGE, 2022), muito menor se comparada à pesquisa nacional da população em situação de rua (Brasil, 2009a), que em 2008 já era de 66%. Ora, se existe uma concentração tão expressiva de pessoas negras vivendo nas ruas, este fato não fora forjado de maneira arbitrária. Em se tratando da sociedade brasileira, as bases são encontradas no racismo que estrutura todas as relações sociais, políticas, econômicas e culturais (Almeida, 2020).

Os dados expressam os aspectos que estruturam a sociedade, portanto, este fenômeno não se deu pelo conglomerado de desajustados, tão menos está ancorado nas teses pseudo científicas que classificam como inferiorizadas as populações advindas de África, mas sim, pelo esforço sistemático do Estado em produzir parcelas cada vez mais pauperizadas, com uma finalidade bastante evidente: de encarcerar e exterminar a população negra. Por esta razão, é fundamental compreender a relação do capitalismo dependente com o processo de escravização e o papel do Estado neste contexto.

As sociedades capitalistas são divididas em classes sociais, com uma distância enorme entre os mais ricos e os mais pobres. Embora a história das sociedades capitalistas seja a história da luta de classes (Marx, 2023), esse conflito se transformou pelo tempo e pelas condições diversas do território, cultura, economia e pelos meios de produção. Assim, é importante compreender que no conflito social entre as classes, estão presentes disputas de ordem racial, sexual, religioso, cultural, entre outros, presentes na história da humanidade, mas que tomam uma forma específica no capitalismo (Almeida, 2020).

A luta de classes no Brasil está ancorada em uma realidade bastante específica, pois se constitui em uma sociedade de capitalismo tardio de base escravocrata, cujo Estado tem função central: “A relação entre Estado e sociedade não se resume à troca e produção de mercadorias; as relações de opressão e de exploração sexuais e raciais são importantes na definição do modo de intervenção do Estado e na organização dos aspectos gerais da sociedade” (Almeida, 2020, p. 97). Portanto, para compreender a sociedade brasileira contemporânea é importante analisar como se deu o processo de sua formação, principalmente, após o avanço do capital na América Latina, num cenário de capitalismo dependente (Marini, 2017).

No contexto do Capitalismo Primitivo, a violência exerceu papel central, a intervenção do Estado foi fundamental para o desenvolvimento do sistema, uma vez que, servindo aos

interesses da burguesia, promove a criação de leis e mecanismos para dificultar o acesso à propriedade privada, utilizando-se de ações coercitivas para expulsar os camponeses de suas terras, forçando-os a ocupar os centros urbanos e ao mesmo tempo punindo os que não conseguiam colocação no mundo do trabalho.

O capitalismo se desenvolve, se sofisticava em sua estrutura e se expande para todos os continentes, explorando cada território de forma distinta, porém integrada. A expansão desse sistema é analisada por Marx (2023, p. 998):

A descoberta das terras auríferas e argentíferas na América, o extermínio, a escravização e o soterramento da população nativa nas minas, o começo da conquista e saqueio das Índias Orientais, a transformação da África numa reserva para a caça comercial de peles-negras caracteriza a aurora da era da produção capitalista. Esses processos idílicos constituem momentos fundamentais da acumulação primitiva. A eles se segue imediatamente a guerra comercial entre as nações europeias, tendo o globo terrestre como palco [...].

O Brasil, enquanto colônia de Portugal, é alvo desse processo de expansão e dominação do modo de produção capitalista, participando desse processo como nas diversas partes do mundo e nas diferentes formas de exploração e expropriação.

Essa violência do sistema colonial não foi um mero acaso na história; fazia parte da lógica interna do capitalismo comercial, como alavanca para a acumulação de capitais necessários à consolidação do capitalismo industrial. As formações sociais escravistas, portanto, foram verdadeiras ‘alavancas’ para a ‘concentração de capital’. As colônias produziam em grande escala para alimentar o mercado internacional em formação. Todo o ‘tesouro apressado fora da Europa diretamente por pilhagem, escravização e assassinato refluía à metrópole e transformava-se em capital’. (Silva, 2012, p. 24)

É neste contexto que o Brasil passa a receber um grande número de pessoas escravizadas para o cultivo das terras de propriedade portuguesa e sob posse de homens brancos, e desenvolve sua agricultura às custas da vida e da liberdade dos povos africanos. A riqueza produzida pelos povos escravizados “[...] compensava o investimento e demandava cada vez mais a ampliação do mercado. Neste sentido, os Estados absolutistas da Europa invadiram o continente africano, estabeleceram uma colonização intensa e a captura de homens e mulheres” (Silva, 2019, p. 17).

Após se tornar independente de Portugal em 1822, amplia-se um processo de ocupação do Brasil como nação, e vão se desenhando as bases culturais e identidades atribuídas à elite burguesa e à classe trabalhadora. Neste sentido, um sistema de leis foi sendo construído sob forte influência europeia, criminalizando a parcela da população que não tinha trabalho ou uma função dentro da produção.

Nesse contexto político, com o intuito de criar um sentimento nacional, eclodiu-se a Guerra da Tríplice Aliança – com Brasil, Argentina e Uruguai contra o Paraguai – de 1864 a 1870 (Aguero *et al.*, 2022, p. 283). Um número expressivo de homens negros foi lançado ao combate nas linhas de frente, num exército formado por escravizados e pelos “vadios”, com a justificativa de dar “sentido” à vida dessas pessoas dentro da sociedade, evidenciando a perversidade e a desumanidade de um Estado brasileiro profundamente racista. Portanto, no século XIX, pode-se afirmar que ser preto e pobre trazia a marca de uma cidadania negada (Pacheco, 2021).

Reafirmar o lugar de necessidade desses homens era uma das formas dos recrutadores conseguirem resolver alguns problemas característicos e problemáticos para o Império do Brasil. Retirar os ‘desordeiros’, ‘vadios’, e ‘criminosos’ das ruas, manter a ordem pública, embasados no discurso civilizador, alocando-os em funções que tentavam resolver os desconcertos provinciais na área de segurança, e fundamentalmente com uma população dita ‘perigosa’ que vinha crescendo significativamente ao longo do século XIX, composta por ‘homens e mulheres livres, libertos e escravizados, pobres, pretos e pardos’. (Pacheco, 2021, p. 6).

Dentre as legislações, que contribuíram para a exclusão das pessoas negras ao acesso aos mesmos direitos das pessoas brancas, destaca-se a Lei de Terras (Brasil, 1850), que permitia que as terras que antes eram do Império, pudessem ser adquiridas para fins de propriedade privada. Porém, tal acesso foi negado às pessoas negras e pequenos camponeses. Tal processo resultou na concentração das propriedades agrárias nas mãos dos que já ocupavam um lugar na elite nacional, formando-se os grandes latifúndios e impedindo o acesso da classe trabalhadora à terra, à propriedade e aos meios de produção. Cabe destacar que num país de economia agroexportadora, os latifúndios são o acúmulo de capital constante, sendo parte do capital produtivo (Marx, 2023), restando aos desprovidos de terra apenas a sua força de trabalho.

Outra lei com bastante impacto na formação social no período analisado, foi a Lei Eusébio de Queiroz (Brasil, 1850a), que estabeleceu medidas de repressão ao tráfico de pessoas escravizadas no país, após forte pressão da Inglaterra visando à expansão do capitalismo industrial. Assim, se fortalece o já iniciado processo de embranquecimento da população (Silva, 2019), com diversas leis e costumes que atribuíam tudo que fosse relacionado à população negra como algo criminoso, imoral ou contra os princípios do cristianismo.

Neste período, de transição para o fim do sistema escravocrata, destaca-se a Lei 2.040 de 1871 (Brasil, 1871), conhecida como Lei do Ventre Livre, que concedia liberdade aos

filhos de escravizados nascidos a partir daquela data. Na prática, ela provocou poucas mudanças, uma vez que os pais continuavam na condição de escravidão e as crianças tinham que permanecer vivendo sob os mandos dos donos das terras. No entanto, ocorreu um aumento significativo da mortalidade infantil, onde cerca 40% das crianças morriam antes de completarem 5 anos, principalmente pelo descaso dos “senhores de escravos” que deixaram de prestar qualquer tipo de assistência às crianças nascidas livres (Nogueira, 2011).

Compondo esse mesmo processo, a Lei 3.270 ou Lei do Sexagenário de 1885 (Brasil, 1885) concedeu liberdade aos escravizados com mais de 60 anos, porém, a referida lei beneficiou os próprios senhores, que se viram desobrigados a manter em suas propriedades as pessoas idosas que não estavam mais aptas ao trabalho braçal. A lei apenas legalizou o abandono desta parcela da população. Outra questão central, tem relação com a expectativa de vida da população escravizada no país que era de cerca de 30 anos (Nogueira, 2011), ou seja, de fato poucas pessoas se beneficiaram desta lei.

A abolição da escravidão com a Lei Áurea, de 13 de maio de 1888 (Brasil, 1888), decreta o fim do período de escravidão pelas vias legais, reconfigurando a ordem social brasileira e, ao mesmo tempo, dissemina a “[...] ideologia do embranquecimento e demandando a ideologia da democracia racial, mantendo os determinantes da desigualdade étnico-racial criada pelo escravismo colonial, incorporada à ideologia burguesa brasileira” (Silva, 2019, p. 25).

A população negra passa a compor a sociedade como pessoas livres podendo, teoricamente, vender sua força de trabalho em troca de um salário. Entretanto, depois de séculos de escravidão, criminalização da cultura, costumes, crenças e idiomas, a inserção desta população na lógica do trabalho assalariado não oferecia nenhuma condição de igualdade: “Ora, se o ‘ex-escravo é jogado como sobra na periferia do trabalho livre’, parece que a ele seria destinado o exército industrial de reserva, já que sua mão de obra era considerada ‘inferior’ em detrimento da mão de obra branca” (Pereira; Sampaio, 2018, p. 439).

A população negra, impedida de vender sua força de trabalho, compõe o exército industrial de reserva que, de acordo com o conceito proposto por Marx (2023), é inerente à acumulação capitalista. Uma população sobrando, como traz Iamamoto (2019) é, em parte, produto e alavanca do funcionamento do sistema capitalista, que demanda a existência de um exército industrial de reserva, ou superpopulação relativa. Como afirma Marx:

[...] necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza com base capitalista, essa superpopulação se converte, em contrapartida, em alavanca da acumulação capitalista, e até mesmo numa condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se ele o tivesse criado por sua própria conta. Ela fornece a suas necessidades variáveis de valorização o material humano sempre pronto para ser explorado, independentemente dos limites do verdadeiro aumento populacional. (Marx, 2023, p. 858).

Portanto, o fenômeno da PSR está inscrito na dinâmica da sociedade capitalista, como uma parcela da população que está vinculada à constituição da superpopulação relativa no processo de acumulação do capital, produzindo a manutenção e acirramento das desigualdades, assim como afirma Florestan Fernandes (2008, p. 32):

[...] os ex-escravos tinham de concorrer com os ‘trabalhadores nacionais’, que constituíam um verdadeiro exército de reserva (mantido fora de atividades produtivas, em regiões prósperas, em virtude da degradação do trabalho escravo) e, principalmente, com a mão de obra importada da Europa, com frequência constituída por trabalhadores mais afeitos ao novo regime de trabalho e às suas implicações econômicas ou sociais. Os efeitos dessa concorrência foram altamente prejudiciais aos antigos escravos, que não estavam preparados para enfrentá-la.

O avanço do modo de produção inscrito no capitalismo dependente se desenvolve com particularidades que demarcam a história do país na divisão internacional do trabalho até a atualidade, tendo como característica a superexploração do trabalho (Marini, 2017), e como elemento central o papel do ex-escravizado frente ao sistema de trabalho livre (Moura, 1992). A população negra, para os autores, não ocupou uma posição de igualdade em relação aos brancos que compunham o exército industrial de reserva, ocupando, assim, o lugar de “sobra da sobra”.

Contudo, podemos afirmar que o fim do sistema escravagista se deu de forma absolutamente desastrosa e desumana. A legislação que garantiu a liberdade ao povo negro, não previu nenhum tipo de política de proteção ou inserção social, assim, a população de ex-escravizados não possuía acesso ao mínimo para a garantia da própria sobrevivência, ou condições básicas para viver com dignidade. O que chamamos de “abolição inconclusa” fez com que a população negra fosse, literalmente, enxotada para os territórios mais inabitáveis e/ou longínquos, **sendo um desses territórios a própria rua.**

Analisando este período histórico, destacamos o fim do sistema de escravidão e a Proclamação da República em 1889, como marcos históricos centrais para a construção do fenômeno da População em Situação de Rua (PSR) no Brasil. O Estado passa a exercer um papel fundamental na manutenção da propriedade privada e na proteção dos interesses das

classes dominantes, bem como, na produção das violências das quais a população preta, pobre, periférica, viventes de rua, são vítimas até os dias atuais.

Tais reflexões encontram ancoragem nos marcos legais. Primeiramente, o Código Penal de 1890, que permaneceu em vigor até 1940. O seu conteúdo evidencia os esforços do Estado em estabelecer relações entre a sociedade e a lei, buscando a ruptura com a subordinação herdada de Portugal, e amplia as estratégias para a execução de um plano de extermínio e encarceramento do povo preto. O objetivo era apagar e criminalizar a cultura e os saberes dos povos advindos de África, expressos na proibição da prática da capoeira, do espiritismo e do curandeirismo, ou seja, era vetada e passível de punição, toda e qualquer manifestação cultural ou religiosa que tivesse alguma relação com os povos africanos.

No mesmo ano, o incentivo à imigração de estrangeiros, como parte da política de branqueamento, é regularizado através do Decreto n. 528 de 1890 (Brasil, 1890a), que vetava a entrada de negros da África sem a autorização do Estado, e expressa no Art. 1º.:

É inteiramente livre a entrada, nos portos da Republica, dos individuos válidos e aptos para o trabalho, que não se acharem sujeitos á acção criminal do seu paiz, exceptuados os indigenas da Asia, ou da Africa que sómente mediante autorização do Congresso Nacional poderão ser admittidos de accordo com as condições que forem então estipuladas. (BRAIL, 1890a)

Esse Decreto, incentivava a imigração de europeus, onde produtores priorizavam a contratação de mão de obra branca.

Mas, como esses segmentos visavam uma taxa de lucro elevada e altamente compensadora, não irão recrutar o trabalhador nacional não branco e em particular o negro. Essa mão de obra é descartada já antes da abolição, e se cria o mito da superioridade do trabalhador branco importado que traria, consigo, os elementos culturais capazes de civilizar o Brasil. (Moura, 1992, p. 56).

É escandalosa a diferença com que os trabalhadores brancos eram recebidos em terras brasileiras. O Estado e os latifundiários arcavam com os todos os custos da vinda dos europeus, que vinham para o Brasil com emprego, casa e terras garantidas, como relata Ianni (2004, p. 26-27):

O imigrante chega desprovido quase por completo das coisas mais essenciais e lhe entregam uma pequena casa de tijolos, limpa e alegre, construída pelo fazendeiro do Oeste paulista. Este fornece-lhes os objetos de primeira necessidade e lhe abre um crédito [...] O fazendeiro fornece gratuitamente ao colono e sua família, terreno para nele fazer culturas alimentares e pasto para um ou vários animais. O fazendeiro não adianta dinheiro, mas fornece, para pagamento posterior, os gêneros alimentícios ou a alimentação necessária para o sustento da família nos primeiros tempos, enquanto as culturas alimentares dos colonos não estivessem produzindo.

O trecho refuta o discurso meritocrático de que pessoas brancas chegaram no Brasil sem nada e venceram na vida pelos próprios esforços. Está evidente que pessoas brancas sempre se valeram de benefícios concedidos pelo Estado.

Analisando os marcos histórico-legais, e observando a ordem cronológica dos fatos: Lei Áurea em 1888; a Proclamação da República em 1889; e o Código Penal em 1890, podemos concluir que havia um projeto bastante explícito de como o Estado brasileiro, sob a égide da recém proclamada República, responderia a questão do povo negro liberto. Destacando que a Lei Áurea abandona à própria sorte milhões de pessoas, e as legislações subsequentes preveem a criminalização dos efeitos deste mesmo abandono.

Estima-se que do século XVI até o século XIX, o Brasil tenha sequestrado aproximadamente 4 milhões de homens, mulheres e crianças, sendo no continente americano, o país que mais recebeu africanos (IBGE, 2000). Ser considerado um povo livre sem o mínimo necessário à sua subsistência, cria as bases da desigualdade no país, onde o racismo, enquanto projeto político, impede a integração social por meio da repressão cultural e religiosa, restringindo o acesso ao mercado de trabalho e aos espaços públicos, de moradia e participação política.

Diante deste cenário de total abandono, a rua foi o que restou e se configurou, muitas vezes, enquanto o único meio de garantir a subsistência, materializando todo o sistema de desproteção e opressão operada pelo racismo. Sendo a própria situação de abandono e negligência o fator que justifica a violência, o encarceramento e a morte.

Essa desigualdade vai se cristalizando a partir do aparato ideológico do Estado que constrói todo o imaginário coletivo acerca da PSR. A construção do racismo perpassa pela criação de identidades atribuídas que ganham roupagens distintas ao longo do século XX. Analisando os marcadores legais, enquanto um instrumento do Estado para a criminalização da existência e resistência do povo preto, destaca-se o Código de Menores de 1927 (Brasil, 1927), e todos os equipamentos criados com o objetivo de institucionalizar, privar de liberdade e punir crianças e adolescentes em situação de rua.

Os “meninos de rua” ou simplesmente “pivetes”, se tornaram uma categoria conceitual que fazia referência à infância desprotegida, violada, esquecida, carregada de estigma, preconceito e racismo. Como parte do mesmo plano de encarceramento, o Código de Menores previa a implantação de instituições para reclusão dessas crianças e adolescentes, tendo como o exemplo mais emblemático a Fundação do Bem-estar do Menor (FEBEM), considerada até

hoje, como uma experiência extremamente violenta e desastrosa do ponto dos Direitos Humanos.

Segundo a Lei das Contravenções Penais, em seu artigo 59, era proibido: “Entregar-se alguém habitualmente à ociosidade, sendo válido para o trabalho, sem ter renda que lhe assegure meios bastantes de subsistência, ou prover à própria subsistência mediante ocupação ilícita” (Brasil, 1941). Com a finalidade de criminalizar a vivência dessas pessoas nos espaços públicos, passa a vigorar uma legislação que pune a existência desses corpos nas ruas. Ora, em uma sociedade que abandonou à própria sorte a população de ex-escravizados empurrando-os para as ruas, marquises e calçadas, a criação de leis que criminalizam esta situação, torna toda esta a realidade ainda mais cruel e perversa.

Portanto, evidencia-se que, com o projeto pós-abolicionista, o povo negro não encontrou nenhuma política de proteção ou de inserção social, pelo contrário, encontrou um projeto necropolítico que por muitas vezes não matou, mas também não deixou viver ao colocar a população negra na mira da fome, do frio, do esgotamento físico e mental.

A PSR foi forjada na resistência ao projeto de extermínio do povo preto. A rua teima existir, essa rua que tem cara, identidade e uma voz, que segue sendo ensurdecida, porém, nunca em silêncio. A rua grita suas dores e escancara o racismo que esta sociedade insiste em escamotear.

Na sociedade brasileira, o racismo é alimentado pelas identidades atribuídas ao povo preto e está intimamente conectado com a realidade das ruas. Ora, se a rua é o último nível em se tratando de violação de direitos e sua população é formada em sua grande maioria por pessoas negras, constantemente inferiorizadas e invisibilizadas, compreendem-se as razões pelas quais concebemos a rua como lugar de preto, pois, desde muito cedo fomos ensinados que as identidades atribuídas à população negra estão relacionadas à miséria, à fome, à violência, à rua.

Pensar a identidade de um povo requer realizar um exercício de compreender como as relações sociais são capazes de produzir o imaginário de toda uma sociedade, entendendo que estas construções atravessam a coletividade, assim como, os sujeitos em suas singularidades. Acerca disto Monagreda (2017) afirma que: “Constroem-se identidades forjadas sobre corpos racializados e sexualizados construídas no conhecimento hegemônico e, portanto, com impacto na construção do ser de cada um e cada uma” (2017, p. 383).

Conceituar identidade é sempre um processo em construção, pois ela vai se fazendo e perfazendo no espaço-tempo. Para Munanga (2003) a identidade é plural, sendo assim, ela é

política e é no campo do diverso que construímos uma identidade transformadora. Portanto, compreendemos identidade enquanto uma construção política, social, cultural, histórica e econômica, que exprime as formas com que nos concebemos na sociabilidade, ao mesmo tempo em que exprime como somos concebidos, ou seja, identidade se refere aos constructos que nos permitem ler e sermos lidos nas relações sociais em que nos inserimos.

Jurandir Freire Costa, ao prefaciар a obra de Neusa Santos Souza, “Tornar-se negro”, aborda a construção da identidade negra, e como as relações que se constituem pelo racismo, criaram uma visão adoecida da pessoa negra sobre si mesma e, acerca disto, afirma:

Pensar sobre a identidade negra redundar sempre em sofrimento para o sujeito. Em função disto, o pensamento cria espaços de censura à sua liberdade de expressão e, simultaneamente, suprime retalhos de sua própria matéria. A ‘ferida’ do corpo transforma-se em ‘ferida’ do pensamento. Um pensamento forçado a não poder representar a identidade real do sujeito, é um pensamento mutilado em sua essência. Os enunciados do pensamento sobre identidade do EU são enunciados constitutivos do pensamento ele mesmo (COSTA, 1983, p. 10)

Para o povo preto, refletir sobre sua identidade, é também fonte de grande sofrimento, pois é necessário entrar em contato de forma muito profunda com as próprias dores. Todos esses atravessamentos se fazem presentes no construto das identidades atribuídas à PSR, que foi forjada no projeto de extermínio do povo preto.

Retomamos aqui a fala da colega que expomos no início deste capítulo, impressionada com uma pessoa “*que nem parecia morar na rua*”. O imaginário, alimentado pelas identidades atribuídas ao povo preto, está intimamente conectado com a realidade das ruas. Ora, se a rua é o último nível em se tratando de violação de direitos, e sua população é formada em sua grande maioria por pessoas negras, podemos compreender o que justifica a constante inferiorização da PSR, compreendendo aí, as razões pelas quais concebemos a rua como lugar de preto, pois, desde muito cedo fomos, consciente e/ou inconscientemente, ensinados que as identidades atribuídas à população negra estão relacionadas à miséria, à fome, à violência, à rua.

O modelo de produção baseado no capital se alimenta e retroalimenta das mazelas e desigualdades de classe, raça e gênero, e em sociedades construídas sobre as bases históricas da escravidão e do colonialismo, a questão étnico-racial ganha ainda mais centralidade, pois o modo de produção capitalista que se desenvolveu tardiamente nestes países, foi constituído tendo como base principal a própria lógica escravagista. Ou seja, o racismo, enquanto um sistema de opressão que garante privilégios, ou não, em função da cor da pele, não é um mero

desdobramento da “questão social”, pois se encontra engendrado no constructo do sistema capitalista operacionalizado no Brasil.

A PSR se constituiu enquanto um fenômeno que se perpetua através da ação/omissão do Estado. São poucos os dados sobre essa população antes das políticas públicas que datam dos últimos 20 anos, portanto, o esforço empregado neste trabalho é fundamental para compreender que se trata de uma questão cujas bases estão ancoradas na história de escravidão e abandono dos povos sequestrados dos países africanos. A intenção é tornar evidente que os processos de repressão operacionalizados contra a população em situação de rua, são ferramentas utilizadas para materializar o projeto de embranquecimento da sociedade brasileira.

A sociedade brasileira, por meio do sistema de escravidão, sequestrou comunidades inteiras de seus territórios, tentou apagar sua história, cultura e ancestralidade, os desumanizou-lhes e em seguida os abandonou à própria sorte, empurrando-os para as periferias e para as ruas.

A rua precisa ser compreendida enquanto a materialização da resistência dos povos africanos. Em todos os espaços que se expressam as manifestações da “questão social”, a população ao vivenciar as desigualdades e injustiças, resiste e se reconstrói em suas lutas (Iamamoto, 2009).

Evidencia-se, enfim, que o fenômeno de racialização não pode ser tratado por uma perspectiva individualista e culpabilizante, pois se trata de uma construção histórica e de um projeto de extermínio. Porém, todo esse projeto colonialista não podia prever as estratégias de aquilombamento e enfrentamento que o povo negro criaria para resistir, como já nos lembrara Conceição Evaristo, “Eles combinaram de nos matar, mas a gente combinamos de não morrer!”

1.2 O fenômeno da PSR, crise do capital e pandemia da COVID-19.

Este estudo se inicia em meio à uma das mais profundas crises humanitárias de que se já tem relato, e neste momento vivemos um período pós pandêmico, cujos desdobramentos ainda estamos descobrindo e vivenciando. Quantos hábitos adquirimos? Quantos outros abandonamos? Quantas pessoas nós perdemos? Quantos medos desenvolvemos? Quantos traumas não superamos? Somos uma sociedade marcada por esta imensa cicatriz, que evidenciou a fragilidade da vida humana.

No Brasil, o acirramento da “questão social” e o avanço da agenda neoliberal se

expressam nas contradições e ataques aos direitos sociais, conquistados a partir da Constituição Federal de 1988, como o direito universal à saúde e a responsabilidade do Estado brasileiro. Tais contradições atravessam a vida da população, e se relaciona diretamente com os marcadores de raça, classe e gênero, evidenciando que a pandemia impactou de maneira mais expressiva as(os) trabalhadoras(es) e as populações em situação de vulnerabilidade (Matta et al, 2021).

Neste sentido, é fundamental analisarmos de que forma o contexto de crise sanitária, que acontece em meio à crise do capital, impacta a realidade da PSR. A atual conjuntura política e econômica tem impactado as condições de vida de toda a população e, de forma mais significativa, a população preta, pobre e periférica, se desdobrando, conseqüentemente, no aumento de pessoas inseridas no processo da *ruralização*, que, segundo Tiengo (2020), e configura como um processo que se desenvolve em um determinado espaço temporal, condicionado por múltiplas questões que envolvem o estar e o viver nas ruas.

O novo coronavírus, denominado SARS-Cov-2, é o agente causador da doença infecciosa Covid-19, que impôs ao mundo a criação de estratégias diante das demandas imediatas para a contenção e a assistência à saúde da população. Na Declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, publicada em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) alertou que a doença apresentava uma característica de disseminação alarmante, cuja gravidade e extensão exigiam ações integradas e respostas rápidas e eficazes.

A pandemia encontrou um quadro social crítico de recessão econômica mundial e mostrou as fragilidades dos sistemas de saúde em diversas realidades. No Brasil, país historicamente marcado pelas desigualdades e injustiças sociais, a crise foi agravada pelo descaso do Estado, acentuando os níveis de desigualdade e miserabilidade social. Ou seja, a pandemia aprofundou as injustiças inerentes à sociedade capitalista e atingiu desigualmente a população pelas suas condições de classe, raça e gênero e, sobretudo, pela situação de violência, negligência e abandono a que está exposta (Matta et al., 2021).

A perversidade da lógica do capital, evidenciada pelo papel do Estado, cuja função principal é se manter a serviço dos interesses do mercado, exigiu que trabalhadoras(es) da linha de frente se mobilizassem diante da ausência de respostas, inclusive do próprio Ministério da Saúde, na construção de estratégias para o enfrentamento da pandemia. No contexto pandêmico, ficou evidente a importância da concepção ampliada de saúde

ancorada no posicionamento ético e político, que compreende o processo saúde-doença e sua relação direta com as condições de vida e de trabalho.

O Sistema Único de Saúde (SUS) em sua história de 35 anos, enfrentou outras crises sanitárias e sempre foi capaz de dar respostas qualitativas, adequadas e efetivas no atendimento à população. No entanto, o desenrolar da pandemia da COVID-19 no Brasil, teria sido diferente se tivessem sido adotadas as medidas técnicas indicadas pela OMS, como o uso de máscaras, o isolamento social e a vacinação.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) atuou na produção de documentos técnicos para os órgãos do Executivo, do Legislativo e do Judiciário com foco no combate à pandemia, mediante notas públicas, recomendações, cartas, pareceres técnicos, pacotes de medidas, orientações e moções.

Apesar da atuação do CNS, que liderou a Frente Nacional pela Vida, iniciativa formada por diversas entidades científicas e sociais da saúde, o Governo Federal se posicionou contrário às orientações e medidas como, por exemplo, no que se refere ao orçamento destinado à saúde. Segundo a Controladoria-Geral da União (CGU) e a Federação Nacional dos Sindicatos de Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS), seria necessário um investimento extra na ordem de R\$ 20 a R\$ 30 milhões para que o SUS pudesse responder de forma adequada à pandemia (CNS, 2021).

Mesmo diante desse cenário de descaso, anticientificismo e de mercantilização da saúde em curso durante a pandemia, o SUS – precarizado e subfinanciado – se configurou enquanto aparato central e definitivo para salvaguardar a vida de milhões de brasileiras/os. Porém, apesar de todos os esforços de trabalhadoras/es da linha de frente das políticas sociais, em especial, da saúde e da assistência social, o país registrou a trágica marca de mais de 700 mil vidas perdidas e quase 40 milhões de casos da Covid-19 até julho de 2025. Esse dado alarmante, expressa a perversidade inserida em um evidente projeto de produção de morte.

A questão que se destaca nesta análise é o fato de que, em meio à pandemia, segmentos populacionais negligenciados, foram atingidos de forma mais agravada. Os estudos apresentam dados que evidenciam que a Covid-19 apresentou maior mortalidade nas populações negra, indígena e nas periferias (Matta et al., 2021; Oliveira et al., 2020; Batista Et Al., 2020).

Considerando este fato, e os impactos para as populações negligenciadas, é central

para esta pesquisa, buscar compreender o fenômeno social da população em situação de rua e os desdobramentos da crise do capital enquanto processo que submete uma parcela da população às condições de vida e de trabalho mais precárias possíveis, considerando níveis extremos de violação de direitos. A parcela da classe trabalhadora inserida no contexto das ruas, tem esse espaço como a única possibilidade de garantia de sua subsistência, considerando o acirramento da questão social e os limites dessa realidade que agravaram a invisibilidade dessa população na pandemia.

A história da população de rua remonta à própria história da humanidade. A desigualdade, o desemprego, a pobreza, a mendicância e a exclusão estão presentes na organização das diversas sociedades, com indivíduos, famílias e grupos vivendo na rua e sobrevivendo dela. Assim como afirma Foucault (1978): Pessoas com deficiência e/ou tidas como loucas, prostitutas, vadias e leprosas eram impedidas de viver nas comunidades e eram condenadas à exclusão e vagavam de cidade em cidade, sendo expulsos de cada uma delas.

Porém, é com o processo de advento do capital mercantil, com o êxodo rural e o crescimento das cidades industriais que o fenômeno social da população em situação de rua se torna uma questão de ordem estrutural e inerente ao modo de produção capitalista. Para desvendar a complexidade desse fenômeno social, o materialismo histórico-dialético o apresenta como elemento de análise da sociedade capitalista na sua produção material e reconhece o sistema de exploração da classe trabalhadora.

Como já mencionamos anteriormente, essa parcela da população, à margem das relações formais de trabalho, é essencial para a manutenção do capital e o desenvolvimento da acumulação de riquezas nesse modo de produção. O exército industrial de reserva ou superpopulação relativa, de acordo com Marx (2013, p. 716), “possui continuamente três formas: flutuante, latente e estagnada”. A superpopulação flutuante é aquela cujos trabalhadores são sazonalmente chamados e dispensados de seus postos de trabalho. A superpopulação latente é basicamente formada pelo trabalhador rural que está também em condições de pauperismo. Já a superpopulação estagnada é formada pelo trabalhador informal e tem como característica principal o máximo de tempo de trabalho e o mínimo de remuneração.

Além disso, caracteriza ainda um grupo ou nicho que está na esfera do pauperismo ou o lumpemproletariado, considerado o segmento mais inferiorizado da superpopulação relativa.

Abstraindo dos vagabundos, delinquentes, prostitutas, em suma, do lumpemproletariado propriamente dito, essa camada social é formada por três categorias. Em primeiro lugar, os aptos ao trabalho. Basta observar [...] para constatar que sua massa engrossa a cada crise e diminui a cada retomada dos negócios. Em segundo lugar, os órfãos e os filhos de indigentes. Estes são candidatos ao exército industrial de reserva e, em épocas de grande prosperidade, [...] são rápida e massivamente alistados no exército ativo de trabalhadores. Em terceiro lugar, os degradados, maltrapilhos, incapacitados para o trabalho. Trata-se especialmente de indivíduos que sucumbem por sua imobilidade, causada pela divisão do trabalho, daqueles que ultrapassam a idade normal de um trabalhador e, finalmente, das vítimas da indústria – aleijados, doentes, viúvas etc. –, cujo número aumenta com a maquinaria perigosa, a mineração, as fábricas químicas etc. O pauperismo constitui o asilo para inválidos do exército trabalhador ativo e o peso morto do exército industrial de reserva. Sua produção está incluída na produção da superpopulação relativa, sua necessidade na necessidade dela, e juntos eles formam uma condição de existência da produção capitalista e do desenvolvimento da riqueza (MARX, 2013, p. 719).

Apesar de se tratar de uma análise que versa sobre a classe trabalhadora do século XIX na Europa, evidencia-se a importância de identificar que determinados conceitos e referências permanecem presentes na contemporaneidade e nas relações que permeiam a realidade das ruas, justamente por se tratar de relações inerentes ao modo de produção capitalista. Ou seja, os séculos se passaram, os contextos territoriais e históricos são diversos, mas a engenharia que opera as desigualdades na lógica do capital apenas se sofisticou e continua criando e recriando novas formas de exploração da classe trabalhadora.

Realizando as mediações necessárias, é possível compreender que os conceitos em análise foram elaborados em uma realidade cujas características do capital se diferem muito da construção que se deu na sociedade brasileira. Sendo o Brasil um país historicamente escravocrata, dependente e profundamente marcado pelo colonialismo, possui características muito específicas do desenvolvimento do capital, que se observou, em geral, em toda a América Latina (Silva, 2012). Ao analisar as relações e as lutas de classe no Brasil, Silva (2012) apresenta dados importantes à compreensão das especificidades do capitalismo dependente e do processo de pauperização da classe trabalhadora, fundamentais para a construção do fenômeno da população em situação de rua no Brasil.

Ainda, na busca por realizar as devidas mediações com a teoria em análise, dialogamos com Muñoz (2011), que aborda o fenômeno da população em situação de rua no Rio de Janeiro e evidencia as especificidades inerentes a essa sociabilidade na

construção de nichos super pauperizados, compreendendo que cada conjuntura histórica, política e econômica determina especificidades em seu modo de produção, sem perder de vista que a lógica que o compõe segue a lei geral de acumulação do capital.

“Quanto maiores forem a riqueza social, o capital em funcionamento, o volume e o vigor de seu crescimento e, portanto, também a grandeza absoluta do proletariado e a força produtiva de seu trabalho, tanto maior será o exército industrial de reserva. A força de trabalho disponível se desenvolve pelas mesmas causas que a força expansiva do capital. A grandeza proporcional do exército industrial de reserva acompanha, pois, o aumento das potências da riqueza. Mas quanto maior for esse exército de reserva em relação ao exército ativo de trabalhadores, tanto maior será a massa da superpopulação consolidada, cuja miséria está na razão inversa do martírio de seu trabalho. Por fim, quanto maior forem as camadas lazentas da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior será o pauperismo oficial. *Essa é a lei geral absoluta, da acumulação capitalista.* (MARX, 2023, p. 719-720)

As sociedades baseadas na lógica do capital, com o passar dos séculos, foram reinventando e reorganizando novas formas de manter a concentração de riquezas, por meio da exploração da classe trabalhadora. Porém, o modo de produção capitalista é fundamentalmente marcado por crises cíclicas e estruturais, que aprofundam as desigualdades sociais inerentes ao capital (Silva, 2015).

Tais crises são necessárias à sua manutenção e resultam em transformações estruturais nas condições para acumulação de capital. Para Marx (2023, p. 720), as crises “[...] não são mais do que soluções momentâneas e violentas das contradições existentes, erupções bruscas que restauram transitoriamente o equilíbrio desfeito”, o que nos leva a afirmar que a crise sanitária da pandemia não desencadeou uma crise econômica mundial, mas a aprofundou.

Mészáros (2009) afirma que a crise contemporânea é uma crise estrutural do capital, o que afeta as sociedades em sua totalidade, tendo como desdobramento o aprofundamento da pobreza, da exclusão social, da destruição da natureza etc. O capital é um sistema estruturalmente em crise e com potencial destrutivo. As contradições da sua dinâmica podem oferecer condições para as resistências, as lutas e os movimentos de ruptura com essa lógica e na direção de uma nova sociabilidade.

A crise atual encontra ancoragem no pensamento neoliberal, que fornece a base ideológica para o processo de reestruturação produtiva. Para Behring (2018), o Estado brasileiro adere à agenda neoliberal exatamente quando a sociedade estava construindo o Estado democrático de direito e conquistando direitos com a Constituição Federal de 1988.

A partir dos anos de 1990, o neoliberalismo encontra as suas bases e passa a ser absolutamente devastador, assumindo expressões diferenciadas no mundo.

Na sociedade brasileira, observamos a destruição das conquistas e dos direitos sociais assegurados, como o direito universal à saúde, e a tendência à promoção de políticas focalistas, conforme cita Behring (2018). Em relação à política de saúde, a autora ressalta que se configuram como uma tendência mundial, as contrarreformas neoliberais, a restrição aos sistemas universais e a ampliação da mercantilização, com a expansão dos planos privados, como alternativa de acumulação. Portanto, o enfrentamento da pandemia e do pós-pandemia representa o desafio de fortalecer as políticas sociais já asseguradas e elaborar políticas emergenciais e integradas que considerem as particularidades do país e das regiões.

Diante do cenário de crise, é fundamental pontuar as defesas inseridas na tese. O Consultório na Rua, enquanto estratégia inserida na Política Nacional de Atenção Básica, vem propiciando novas configurações na produção de cuidado, com práticas que atendem às demandas e às necessidades da PSR, e tem uma atribuição significativa, ao contribuir para o acesso às ações e aos serviços.

Em 2022, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2022) estimou que há cerca de 280 mil pessoas vivendo nas ruas no Brasil. O estudo aponta para a preocupação com o aumento dessa população com a crise econômica acentuada pela pandemia, além das dificuldades de acesso à higiene, água e alimentação.

Os poucos dados evidenciam a necessidade de novos estudos que auxiliem na ampliação da compreensão da problemática e na construção de estratégias que subsidiem a formulação e a implementação de políticas sociais específicas, considerando que o grande desafio é melhorar o planejamento e o desenvolvimento das políticas públicas integradas e, em especial, conhecer melhor quem está em situação de rua.

Pensar nos desafios que a PSR enfrenta enquanto classe trabalhadora super pauperizada, é central para a atuação da/o assistente social e envolve múltiplas determinações. Requer compreender como os desdobramentos da crise do capital e da pandemia aprofundaram esse fenômeno social; compreender ainda como o acirramento da “questão social” aprofunda os limites impostos pela dura realidade das ruas, e agrava a condição de invisibilidade na pandemia e expressa todas as suas contradições.

Nas palavras de Iamamoto (2018, p. 72):

[...] a questão social brasileira, nos contraditórios tempos presentes, assume configurações e expressões que condensam múltiplas desigualdades mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais, mobilidades espaciais, formações regionais e disputas ambientais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização. Dispondo de uma dimensão estrutural – enraizada na produção social contraposta à apropriação privada do trabalho –, a questão social atinge visceralmente a vida dos sujeitos numa luta aberta e surda pela cidadania, no embate pelo respeito aos direitos civis, sociais e políticos e aos direitos humanos.

Particularmente, a partir de 2008, o mundo vivencia o aprofundamento da crise do capital, marcado pelas características contemporâneas de mundialização do mercado, pela expansão e dominação do capital financeiro e pelo advento das tecnologias, dos sistemas de informação e das mídias digitais (Antunes, 2021).

Em 2020, a partir da declaração da crise sanitária e do estado de emergência (Brasil, 2020), são estabelecidas as orientações e restrições sanitárias, cujos desdobramentos afetaram diretamente toda a população. Porém, os dados evidenciam que os desdobramentos reverberaram de forma diferente em função dos marcadores etários, de raça, classe e gênero (Matta et al., 2021), haja vista que a primeira morte registrada no Brasil foi de uma mulher, trabalhadora doméstica, que foi adoeceu no trabalho.

O enfrentamento à pandemia exigiu dos governantes das esferas municipal, estadual e federal a tomada de uma série de medidas sanitárias para conter a disseminação do vírus; porém, o que o país presenciou em relação à condução da pandemia foi um verdadeiro circo político: uma série de ações descoordenadas, difusas e desencontradas, discursos em disputa, desinformação, ou seja, um caos generalizado.

É importante reconhecer a capacidade operacional do SUS, o seu histórico exitoso na condução de crises sanitárias e a sua potência na organização e na execução de estratégias de atendimento em massa. Em meio à crise sanitária mundial, o Brasil tinha aspectos privilegiados, pois são raros os países que contam com um sistema de saúde público universal organizado nos territórios, com atenção básica e expertise no desenvolvimento de ações no âmbito da prevenção. O SUS possuía todos os requisitos necessários para o enfrentamento de forma qualitativa, inclusive com um sistema de imunização que é referência mundial. Porém, ao invés disso, tanto o SUS, quanto a população ficaram reféns de um (des)governo de extrema direita, vil, mentiroso, genocida, que submeteu a saúde e a vida de seu povo aos interesses do capital, à irracionalidade anticientificista, ao neofacismo e a uma política de morte.

Podemos afirmar que vivenciamos na pandemia a evidente prática necropolítica,

que, segundo Mbembe (2018), se caracteriza pelo exercício do biopoder pelo Estado, que determina quem deve viver e quem deve morrer. Na guerra contra o vírus, realizou-se a escolha política pela morte ao se posicionar de modo contrário ao isolamento social, ao uso de máscara, à ciência e à vacina.

Todo este cenário de caos político, econômico e social atinge desigualmente a população, sendo as populações negligenciadas impactadas de forma mais grave. As orientações mais básicas, como a necessidade do uso de máscaras, o isolamento social, a indicação de permanecer em quarentena para os sintomáticos, entre outras, se configuraram como grandes desafios para a PSR, uma vez que os insumos e as condições necessárias para a proteção nunca foram providenciados.

A negligência do Estado em relação à realidade de quem vive nas ruas, envolve a falta de acesso à alimentação, saúde, informação, trabalho, renda, condições de moradia, educação e assistência social, do mesmo modo que as vivências relacionadas às expressões de gênero, raça, idade e orientação sexual impactam a garantia de direitos. A PSR enfrenta, em seu cotidiano, todas as formas possíveis de violência, além de ter suas vontades, crenças, decisões e vozes silenciadas. É imperioso dar visibilidade às especificidades presentes nesta realidade, desvelando os mecanismos pelos quais a “questão social” se materializa nas relações de subalternidade, racismo, discriminação e violação de direitos presentes na vivência de rua. A situação de rua apresenta diferentes dimensões e o processo de *rualização* está relacionado diretamente com o avanço das políticas neoliberais e com as transformação do modo de produção capitalista (TIENGO, 2020).

Ao contrário do que se difunde pelo senso comum, essa população desenvolve, em sua maioria, atividades produtivas, como bem demonstra a pesquisa sobre a PSR no país, cujos dados registram que 70,9% das pessoas entrevistadas informaram que desenvolvem alguma atividade remunerada (BRASIL, 2009). Os dados da pesquisa mostram que essa população é heterogênea; porém, é composta majoritariamente por pessoas negras, do sexo masculino e que, além disso, apresenta baixo nível de escolaridade e portanto – na maioria das vezes – está inserida no mercado informal e exerce algum tipo de atividade com remuneração.

A pesquisa de Oliveira (2019), acerca das determinações sociais que levaram os indivíduos a ir, viver e permanecer nas ruas, constatou-se as múltiplas determinações sociais, como o consumo de drogas e o desemprego. A PSR: “acaba na situação de exclusão por uma série de perdas: o emprego, a autoestima e o rompimento ou a fragilidade

das relações familiares. E, certamente, o julgamento preconceituoso os rotula como marginais e bandidos, sem levar em conta as histórias de vida” (2019, p. 104).

Para provocar reflexões sobre a importância da desmistificação da ideia da população em situação de rua como um nicho populacional improdutivo, é fundamental retomar o conceito de lumpemproletariado. Ao analisar o exército industrial de reserva, Marx (2023), é possível interpretar que as pessoas em situação de rua são compreendidas como um “peso morto” para a sociedade capitalista. Trata-se de um resgate importante para compreender a realidade da PSR, que continua sendo enxergada por este viés porém, ao contrário do que o imaginário e o senso comum pregam, essa população é produtiva, mesmo com todas as limitações impostas pela rua.

A pesquisa desenvolvida por Maria Lúcia Lopes Silva (2009), destrincha a inserção da população em situação de rua no mundo do trabalho. O estudo apresenta uma análise acerca do modo de produção capitalista em tempos de avanço da lógica imposta a partir da reestruturação produtiva, que traz como desdobramento a precarização das relações de trabalho. A autora localiza a PSR neste processo, e evidencia os impactos para uma população sem acesso à educação formal, moradia, assistência social e saúde, todas estas determinações levam essas trabalhadoras/es a desenvolverem as atividades laborais mais precarizadas, desprotegidas, negligenciadas. Acerca disso a autora pontua:

À medida que cresce o número de trabalhadores sem carteira, que passam a depender da inserção na estrutura produtiva pelas formas precárias de ocupação, em segmentos não-organizados, como as atividades mercantis simples realizadas por empresas familiares, trabalhadores autônomos, pequenos prestadores de serviços e serviços domésticos em trabalho em domicílio, trabalho por peças, vendedores ambulantes, biscates, cuidadores de carros, engraxates, etc., são mais pessoas que deixam de ter acesso aos direitos trabalhistas, como décimo terceiro salário, adicional de férias, seguro-desemprego, FGTS e vários benefícios previdenciários, caindo numa situação de pobreza crescente. Seguramente, um caminho percorrido por várias pessoas em situação de rua. (Silva, 2009, p. 238-239)

As/os trabalhadoras/es nas ruas estão inseridas/os em atividades ligadas, principalmente, à coleta de materiais recicláveis e no mangueio², além de trabalhos com arte, chapa, flanelinhas, vendedores ambulantes, na construção civil, como trabalhadoras/es do sexo, entre outros.

O presente estudo propõe um exercício de pensar as seguintes questões: De que forma a pandemia afetou as/os trabalhadoras/es da rua? Quando as pessoas estavam em

² Mangueio, do verbo manguear, se refere ao ato de ir às ruas para pedir doações em dinheiro ou itens necessários à subsistência.

casa, o que fizeram as/os vendedoras/es de balas, frutas, água etc.? Como o fechamento de bares, shows e eventos afetou quem trabalha com recicláveis e flanelinhas? As/os trabalhadoras/es da rua conseguiram fazer o isolamento social indicado? E as medidas de proteção de higiene pessoal? Essas questões nos levam a perceber que se tratam de atividades invisíveis, realizadas por trabalhadoras/es igualmente invisibilizadas/os.

Foi por meio de muita luta, pressão e resistência de movimentos sociais, grupos e coletivos da sociedade civil organizada e partidos de oposição ao governo genocida, que foi possível a conquista do Auxílio Emergencial. Porém, a população de viventes de rua, mais uma vez, não foi considerada em suas particularidades, já que, em geral, a PSR não tem acesso a celular ou computador para a realização do cadastro do auxílio, que foi 100% eletrônico. Outro aspecto: com o fechamento dos serviços que viabilizam os documentos pessoais, muitos não conseguiram sequer solicitar esse direito ou sacar os valores, por falta de documentação.

Os aspectos relacionados à pandemia, agravados pelo contexto econômico e político no Brasil, explicam a fome, a pobreza e o desemprego, mas é ilógico descolar esta análise de sua totalidade. É preciso pensar no aprofundamento do processo de precarização do trabalho, e realizar o exercício de olhar para realidades invisibilizadas e atividades laborais não regulamentadas, ilegalizadas, que muitas vezes ficam de fora dos estudos relacionados ao mundo do trabalho.

A análise proposta neste estudo sobre o fenômeno da PSR e o processo de *rualização*, busca evidenciar as formas com que o modo de produção capitalista cria formas cada vez mais perversas de exploração da força de trabalho e estratégias para aumentar a acumulação de riquezas, acirrando a “questão social” e suas manifestações. Buscamos desmistificar a ideia de que a PSR não compõe a classe trabalhadora, uma vez que, na verdade, ela é uma parcela da classe trabalhadora expropriada das condições mínimas para manter sua própria subsistência e a de sua família.

A sociedade brasileira foi forjada na exploração dos povos africanos e indígenas, de modo que os desdobramentos históricos do colonialismo são sentidos e vividos intensamente nos dias atuais, pois são as bases de uma sociedade escravista. Da mesma forma, o capitalismo brasileiro foi estabelecido tardiamente sob a lógica da dependência, da servidão dos povos subalternizados e do privilegiamento da branquitude em um pacto fechado, cíclico e narcísico, que mantém as estruturas estabelecidas pela classe dominante. É sob essa égide que a PSR se forma, pela necessidade do capital de produzir pobreza e

miséria para alcançar níveis cada vez mais altos de acumulação. São, por vezes, realidades distantes, de maneira que se configura um verdadeiro desafio conceber tamanha violação de direitos. É preciso refletir sobre realidades diversas e promover a construção de espaços de visibilidade aos invisíveis, de escuta aos inaudíveis.

A pesquisa não é neutra, ao contrário, ela é política, e estar ombro a ombro ao lado das pessoas em situação de rua é compreender este fenômeno como uma expressão da “questão social” em sua forma mais radical; porém, os atores que compõem esta realidade seguem tensionando os rumos da política pública e ocupando espaços em disputa. Os direitos adquiridos pela população em situação de rua advêm do protagonismo deste segmento e da organização política dos movimentos sociais. Portanto, é fundamental pontuar que as vozes que seguem sendo silenciadas resistem e que as políticas públicas que defendemos são um fruto da luta, do enfrentamento e do protagonismo dessa população.

Pensar a PSR enquanto classe trabalhadora super precarizada é fundamental para olhar para a questão de forma crítica e comprometida ética e politicamente, para superar a proposição de ações tutelares que circundam no âmbito da ajuda. Uma análise histórica e política é a base para pensar em ações no exercício profissional que permitam construir laços baseados na solidariedade de classe. Ou seja: compomos a mesma classe trabalhadora, explorada em diferentes níveis, mas submetida à mesma lógica destrutiva e perversa do capital.

1.3 Ser mulher negra na rua: um debate interseccional.

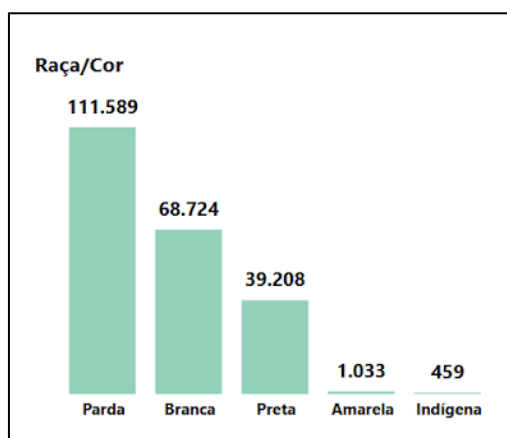
A partir das discussões já realizadas neste estudo, podemos concluir que rua tem cor e gênero, desta forma, é a realidade da mulher negra em situação de rua que nos apresenta os desafios mais complexos. A invisibilidade dessa população, faz com que suas demandas de saúde não sejam reconhecidas como prioritárias, neste sentido, a mulher em situação de rua lida com o entrelaçar de violências cotidianas como a pobreza menstrual, a gestação na rua que sempre resulta na retirada da criança, entre outras situações de violação de direitos. Portanto, é fundamental uma abordagem que dê visibilidade à realidade da saúde da mulher em situação de rua e provoque a reflexão de como se articulam as múltiplas violações que atravessam a existência dessas mulheres no contexto das ruas.

A primeira questão que se apresenta diz respeito ao perfil étnico-racial desta população, composta em sua maioria por pessoas negras, cuja existência segue atravessada, subjugada e violada pelo racismo que estrutura a nossa sociabilidade; outra questão se refere à

violência contra a mulher, que é naturalizada na realidade das ruas, a total desproteção e a culpabilização da vítima, tornam esta vivência ainda mais cruel e excludente.

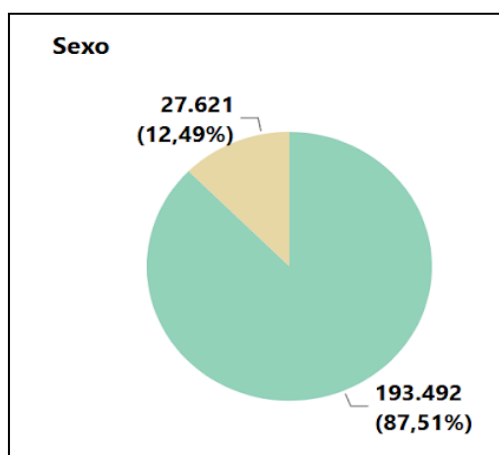
Os gráficos abaixo trazem dados do CadÚnico acerca da pertença racial e do perfil de identidade de gênero da PSR, onde observamos uma expressiva maioria de pessoas negras (parda + preta), e na sequência, observamos que apenas 12,49% das pessoas que vivem nas ruas pertencem ao gênero feminino.

Gráfico 1. Perfil raça/cor População em Situação de Rua



Fonte: CadÚnico, 2022

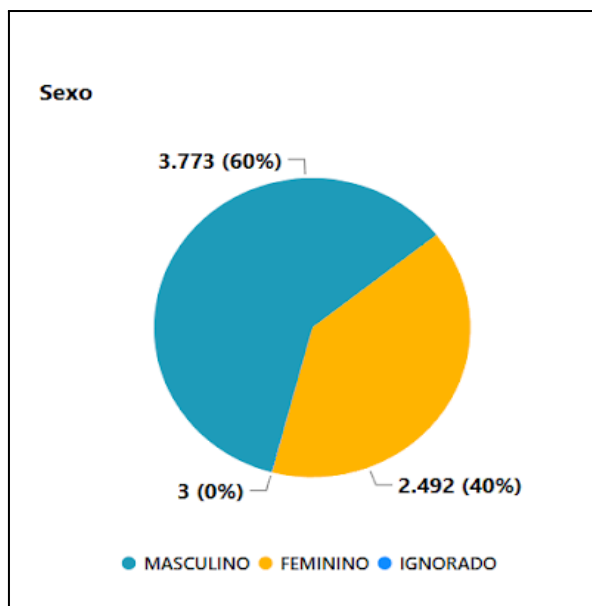
Gráfico 2. Perfil de gênero da População em Situação de Rua



Fonte: CadÚnico, 2022

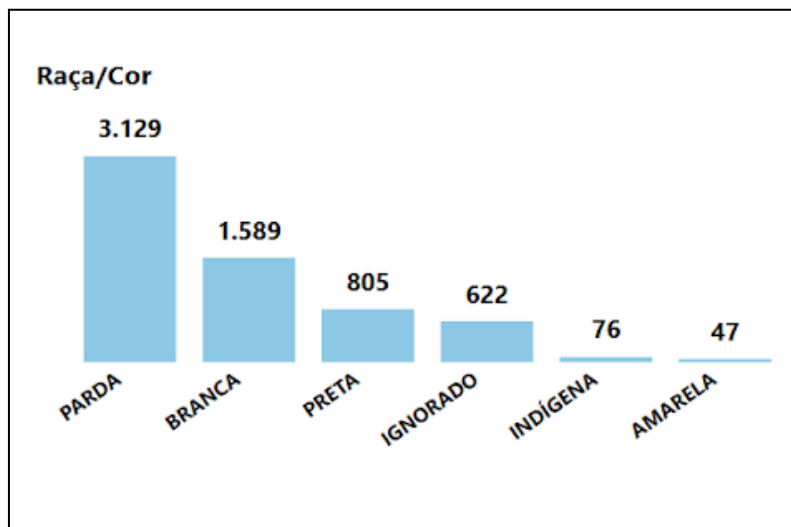
Já os dados dos gráficos abaixo extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), apresentam informações acerca de violências sofridas por pessoas em situação de rua. Nota-se que 40% das vítimas são mulheres, mas a pertença racial não sofre alteração.

Gráfico 3. Violências notificadas - pessoas em situação de rua por gênero



Fonte: Sinan, 2022

Gráfico 4. Violências notificadas - pessoas em situação de rua por raça/cor



Fonte: Sinan, 2022

Os dados acima, nos convoca a refletir sobre quão dura é a realidade da mulher que vive nas ruas. Ora, se esta população feminina representa pouco mais de 12% da PSR, como esta mesma população representa 40% das vítimas de violência notificadas? Ao mesmo tempo, os dados acerca do perfil étnico-racial não sofrem grandes alterações. Ou seja, as

mulheres, que são em sua maioria mulheres negras, vivem em uma situação de insegurança, medo e violência ainda mais agudas pelo simples fato de serem mulheres negras.

Compreendendo a interseccionalidade enquanto o imbricamento de violências, opressões e explorações que permeiam a existência da mulher no que se refere aos marcadores de raça, gênero e classe (Collins, 2021). Partimos da compreensão de que o contexto da pandemia impactou significativamente a vida da mulher na rua, impondo desafios ainda mais complexos à uma realidade já marcada por múltiplas violações e vulnerabilidades. São alvo de análise os componentes e marcadores que determinam o processo saúde-doença das mulheres em situação de rua, como as questões étnico-raciais e as formas com que o racismo que estrutura a nossa sociedade segue atravessando, subjugando e violando a existência da população negra. As relações que se estabelecem na rua permitem que a violência contra a mulher seja naturalizada e invisibilizada, fazendo com que não consigamos perceber a violência enquanto uma questão de saúde pública importantíssima.

Os dados (ou a falta deles) nos dão pistas do quão desafiador é desenvolver intervenções junto à população de rua. O “não-dado” diz muito sobre a atenção dispensada à PSR, escancarando o processo de apagamento, silenciamento e invisibilidade sofrida pelos viventes de rua, pois fica evidente que é necessário criarmos espaços de escuta, para que a população em situação de rua possa vivenciar o protagonismo na condução e produção do próprio cuidado.

Esta questão se torna ainda mais desafiadora quando nos voltamos à realidade da mulher na rua. Neste sentido é fundamental pensarmos qual mulher estamos retratando aqui. A falta de um censo nacional para a população de rua, torna o trabalho do investigador ainda mais difícil, porém, os dados dos estudos locais, realizados pelos municípios e estados já apontam que a PSR é composta por mais de 70% de pessoas negras. Este dado é facilmente comprovado por meio dos registros dos serviços que atuam junto à população de rua. Ou seja, é fundamental que esta realidade seja analisada à luz dos referenciais que abarcam os marcadores de raça e seus desdobramentos para a compreensão de que a pessoa em situação de rua enfrenta determinadas violações em função da raça e gênero. Que segundo a autora é produtora de morte:

A morte pode ocorrer de maneira objetiva, através da aniquilação, ou com a destruição subjetiva que promove o extermínio existencial dos indivíduos. Ao desvelarmos o abafamento e a naturalização da dor das mulheres negras, temos uma interface com o genocídio que é pouco explorado na constância da produção da morte: a psiquiatrização, a patologização e a medicalização (Passos, 2023, p. 599)

É a produção de morte em vida. Dialogando com o imaginário coletivo construído sobre a mulher que vive no contexto das ruas, hooks analisa os signos da célebre frase de Sojourner Truth “E não sou eu uma mulher?”, tecendo uma crítica à desumanização e animalização da figura da mulher preta, acerca disto a autora pontua:

O mito da matriarcalidade negra ajudou ainda a perpetuar a imagem da mulher negra como masculinizada, dominadora, criatura amazona. A mulher negra foi descrita pelos brancos como uma amazona porque eles viam a sua habilidade em suportar a adversidade que nenhuma lady era supostamente capaz de suportar, um sinal que ela possuía uma força animalesca subhumana (Hooks, 1981, p. 59)

Fomos educados para conceber a mulher preta enquanto um ser forte, capaz de aguentar todas as adversidades, a falácia da mulher negra guerreira, nos leva a naturalizar as violências vividas por elas. Ao analisar a realidade da mulher em situação de rua as autoras afirmam que: “Ao trazer à tona suas vivências na situação de rua, as mulheres revelam as condições adversas que enfrentam em seu cotidiano, marcado por riscos e vulnerabilidades, que se expressam cotidianamente na situação biográfica em que se encontram” (Biscotto et al, 2016, p. 753).

A rua traz ainda outros componentes que potencializam a violência contra a mulher que vive as ruas, acerca disto o referido estudo aponta que:

Outra questão referida pelas mulheres diz respeito às situações de violência vivenciadas, que incluem disputa por drogas, atitudes intolerantes em relação aos moradores de rua, além da violência sexual. Salienta-se que as relações intersubjetivas estabelecidas no mundo social das mulheres que vivem nas ruas são perpassadas pelo potencial risco de serem violentadas, em virtude da situação biográfica em que se encontram. (Biscotto et al, 2016, p. 753)

Evidencia-se que estar na vivência de rua, e a relação que se estabelece com o consumo de drogas, torna essa realidade potencialmente mais complexa, pois envolve questões de saúde mental e a política sobre drogas, sempre permeada por moralismo e violência.

No atual cenário político, marcado também pelo retrocesso do cuidado da das conquistas da luta antimanicomial e do cuidado em liberdade, observamos o super financiamento das Comunidades Terapêuticas, equipamentos e serviços que baseiam o tratamento na abstinência e internação, o que provoca conflitos sobre esta dualidade, assim como mostra o estudo:

As mulheres mostram-se conscientes dos prejuízos que o vício do álcool e outras drogas ocasionam em suas vidas, pois compreendem que a reaproximação com a

família, o trabalho e a reinserção social estão atrelados à condição do abandono do vício. Outra perspectiva anunciada diz respeito à linha tênue que separa este desejo da falta de perspectiva de realmente conseguir realizá-lo, em virtude da dificuldade de superar a dependência química, o que retroalimenta sua manutenção em situação de rua.(idem, 2016, p. 754)

Todos os apontamentos que fizemos até agora, são drasticamente potencializados em se tratando da mulher negra, cujos estudos já evidenciam que são o grupo populacional que recebe menos atenção às demandas de saúde, são as que mais sofrem com o racismo e a violência institucional.

Portanto, é inegável a necessidade de realizarmos uma análise do processo de rualização das mulheres, ou seja, analisar os aspectos que determinam o rompimento do vínculo familiar e comunitário e a situação de rua, à luz do conceito da interseccionalidade, pois nos permite compreender a complexidade dos atravessamentos de violações, negligências e preconceitos: rualização das mulheres.

A interseccionalidade impede aforismos matemáticos hierarquizantes ou comparativos. Em vez de somar identidades, analisa-se quais condições estruturais atravessam corpos, quais psicinalidades reorientam significados subjetivos desses corpos, por serem experiências modeladas por e durante a interação das estruturas, repetidas vezes colonialistas, estabilizadas de opressão, sob a forma de identidade. (Akotirene, 2020, P. 43-44).

O racismo enquanto um sistema de opressão, apresenta sua face mais escancarada junto a segmentos populacionais negligenciados, a mulher na rua traz em si outros atravessamentos que tornam a vida na rua a mais pura e verdadeira expressão da resistência. Todo este contexto de violação de direitos, é agravado pela crise sanitária e o acirramento das expressões da questão social. A realidade das mulheres em situação de rua, é marcada por violações gravíssimas, notadamente naturalizadas, assim como apontam as autoras:

Dessa forma, as mulheres pretas e pardas em situação de rua possuem um agravamento na vulnerabilidade do existir nas ruas, sujeitas a degradantes condições de vida. Nesse cenário de vulnerabilidades e de fratura existencial, no qual as mulheres em situação de rua estão submetidas, forma-se um contexto envolto por preconceitos, violências, desigualdade de gênero e violação de direitos humanos e sociais. São vítimas de diversas violações, acrescidas da violência relacionada a dominação masculina, ao uso abusivo de drogas, que em alguns casos submetem essas mulheres a troca da prática do sexo pela droga, no intuito de garantir um abrigo, proteção e até mesmo comida. (Barros et al, 2020, p. 398)

Essa análise, por se tratar de uma pesquisa realizada por uma trabalhadora, será ilustrada por “pérolas do cotidiano”, que dão visibilidade à essa realidade. Na atuação profissional, dois casos de mulheres gestantes atendidas pelo Consultório na Rua evidenciam

que o cuidado está condicionado à questão racial. A equipe atendia duas mulheres que apresentavam questões de saúde mental relacionadas ao consumo de drogas, moravam juntas na mesma submoradia, com idades gestacionais próximas. Porém, uma característica as separavam: uma mulher é branca e a outra negra. No nascimento das crianças, apenas 1 das mães pôde sair com a criança nos braços. E a cor da mãe de quem teve o filho retirado ainda na maternidade nem é preciso mencionar. Ora, se o que justifica histórias tão parecidas terem desfechos tão distintos, não for o racismo, então o que mais poderia ser? A saúde da mulher em situação de rua e o exercício da maternagem estão profundamente atravessados por desigualdades sociais, raciais, de gênero e institucionais, que comprometem o acesso a serviços de saúde e a efetivação de direitos reprodutivos e de cuidado. A ausência de moradia, renda e trabalho formal não deveriam servir de justificativa para ser negado à essas mulheres o direito de serem cuidadas e de exercerem a maternidade.

O racismo perpetua hierarquias reprodutivas e práticas de retirada de guarda que remontam à negação histórica do direito de maternar no período escravocrata. Da mesma forma, o sexismo e a lógica patriarcal sustentam a idealização normativa da maternagem, reforçando julgamentos morais que ignoram os contextos de violência e negligência.

As barreiras institucionais se materializam por meio de violências simbólicas e físicas, se expressam na negação de atendimento, exigência de documentos, ausência de escuta qualificada e práticas discriminatórias durante o pré-natal e na violência obstétrica. A associação violenta entre uso de drogas e a incapacidade de maternar, evidencia uma abordagem punitivista, afastando essas mulheres dos serviços por medo da perda de seus filhos/as. Como consequência, observa-se maior exposição à violência física, sexual e obstétrica, com o agravamento de quadros clínicos e ruptura precoce de vínculos com serviços públicos.

Apesar desse cenário, observa-se estratégias de enfrentamento e resistência, como a maternagem cooperativa e as redes de solidariedade inspiradas em tradições africanas de cuidado coletivo, bem como a atuação de serviços e programas, a exemplo dos Consultórios na Rua, que viabilizam o cuidado in loco, que quando pautados por práticas centradas no cuidado, potencializam o acesso e o pertencimento dessas mulheres.

É fundamental que políticas públicas intersetoriais assegurem moradia digna, renda, proteção social e acesso integral à saúde, reconhecendo a maternagem como direito inalienável e não condicionado à conformidade com modelos normativos. Desta forma, compreender a maternagem em situação de rua requer abordagens interseccionais que

considerem a articulação entre racismo, sexismo, aporofobia, violência institucional, entre outros.

Por esta razão, este trabalho tem a preocupação contribuir com a visibilidade das mulheres negras em situação de rua, suas histórias, lutas e potências, para que possamos ser parte de um processo de desnaturalização da violência contra a mulher na rua e pensar em estratégias de promoção de saúde e dignidade. Seguimos trabalhando e pesquisando por uma atenção à saúde que seja, de fato, equitativa e que consiga acolher e apoiar as mulheres viventes de rua, seus anseios e traumas, mas que também seja capaz de enxergar as potencialidades do “território rua”. O compromisso do ético-político do Serviço Social direciona a nossa atuação profissional para uma produção de saúde e cuidado que seja antirracista, antiproibicionista, anticapitalista, antilgbtfóbico, anticapacitista, antipatriarcal, e contra todas as formas de opressão e exploração.

CAPÍTULO 2. A SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA EM DEBATE

FOGO!
*Fogo!...Queimaram Palmares,
 Nasceu Canudos.
 Fogo!...Queimaram Canudos,
 Nasceu Caldeirões.
 Fogo!...Queimaram Caldeirões,
 Nasceu Pau de Colher.
 Fogo!...Queimaram Pau de Colher...
 E nasceram, e nascerão tantas outras comunidades
 que os vão cansar se continuarem queimando
 Porque mesmo que queimem a escrita,
 Não queimarão a oralidade.
 Mesmo que queimem os símbolos,
 Não queimarão os significados.
 Mesmo queimando o nosso povo,
 Não queimarão a ancestralidade.
 (Nego Bispo)*

2.1 Políticas higienistas, encarceramento e extermínio das populações negligenciadas: saúde mental, racismo e guerra às drogas

Abordar as questões referentes à saúde da população em situação de rua, requer que reconheçamos as suas pautas, ancoradas na vivência da rua e em toda a complexidade inerente a ela. Para tanto, é preciso compreender as especificidades e desafios da sociedade no tempo presente, que impõe uma realidade ainda mais dura para a PSR. Neste capítulo nos dedicaremos a discutir a pauta da saúde mental, enquanto debate central para a compreensão das demandas de saúde desta população e a intervenção do Estado, buscando desvelar os elementos escamoteados pelo discurso de um cuidado que aprisiona, viola direitos, e que escancara o projeto que tem como alvo corpos negros, periféricos, feridos pela vergonhosa história escravocrata deste país.

Muito se fala que a população de ex-escravizados foi abandonada à própria sorte, sem um projeto voltado para o povo recém liberto. Porém, a pesquisa questiona este dado, uma vez que havia sim um projeto pensado para a população negra, mas se tratava de um projeto eugenista de extermínio, pautado pela lógica do racismo científico.

A análise do Movimento Eugenista no Brasil é fundamental para compreendermos as identidades atribuídas à população em situação de rua (Santos et al, 2023) e o cuidado em saúde/saúde mental dispensado à esta população na atualidade, para reflexão de como esta concepção de atenção em saúde impacta o trabalho de assistentes sociais que atuam nos Consultórios na Rua.

Iremos abordar neste capítulo o projeto eugenista, higienista e as teorias do racismo científico, como bases que fundamentam o processo de extermínio e encarceramento da população negra, que se desdobra diretamente no tratamento dispensado à população em situação de rua. Desta forma, reitero que a implementação das políticas no âmbito da segurança pública, infância, saúde mental, entre outras, se deram a partir de um projeto que visava o embranquecimento da nação.

Primeiramente, é preciso compreender as teorias que fundamentam as estratégias que iremos abordar neste subitem. Para compreender as bases das políticas higienistas que pautam a limpeza étnica das sociedades inseridas no contexto do capitalismo tardio, iremos primeiro entender a produção de conhecimento que a justifica.

A produção científica que investiga e desvela os desdobramentos do movimento eugenista para as áreas da saúde/saúde mental, segurança pública, cultura, educação e para a construção do imaginário coletivo (Costa, 2006; David, 2021; Souza, 2022; Passos, 2023; Nascimento, 2016), apontam que o racismo científico postula a ideia de inferioridade da população negra para executar o projeto de embranquecimento da nação brasileira. Trata-se de um campo de conhecimento que, segundo Souza (2022) promoveu a articulação entre raça, política e ciência para atender à formação social de um país que se constituía a partir de novas bases nacionalistas. É fundamental pontuar que este movimento científico e político embasou ações em diversos países como Estados Unidos, Inglaterra, Noruega, Itália, tendo na experiência alemã, com o advento do nazismo, a sua expressão mais emblemática. Neste sentido, o autor afirma que:

A eugenia emergiu no início do século XX como um movimento científico e social fortemente associado às teorias raciais e evolutivas em voga no período, sobretudo aquelas relacionadas ao racismo científico e ao darwinismo social. Em tempos de expansão do imperialismo europeu e das ideologias nacionalistas, as teorias eugênicas consolidavam a crença na existência de raças superiores e inferiores e na possibilidade de empregar a ciência e a técnica para eliminar as imperfeições humanas e apressar o processo de evolução biológica das futuras gerações. (Souza, 2022, p.94)

Na América Latina, este movimento ganha força em países como Argentina, México e Brasil. O racismo científico no Brasil, postulou diversas teses sobre a relação de superioridade/inferioridade entre as raças, portanto considerar essas bases é fundamental para a compreensão acerca do tratamento dispensado à população em situação de rua, e a perspectiva de uma atenção à saúde que aprisiona, encarcera e extermina.

No Brasil do início do século XX, o movimento eugenista se desenvolve em um

momento histórico em que se discutia o acesso à terra, imigração, escravização, abolição, formação do nacionalismo, ou seja, uma densa agenda política que expressavam os projetos de nação e as relações de poder no âmbito da recém proclamada República brasileira.

Podemos citar a Sociedade Eugênica de São Paulo, como uma das principais organizações deste segmento no país, além da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), espaço que também garantiu os meios institucionais para que a ideia de limpeza étnica pautada no racismo científico ganhasse corpo e se avolumasse: “Neste período, a adesão à eugenia mobilizou particularmente intelectuais, médicos e higienistas que integravam o chamado movimento sanitarista, entre eles Belisário Pena, Arthur Neiva, Afrânio Peixoto, Monteiro Lobato e Fernando de Azevedo.” (Souza, 2022, p. 97).

O projeto eugenista previa ações cujo objetivo era embranquecer a população, para isto o projeto contava com frentes articuladas de atuação: a primeira, dizia respeito ao incentivo à imigração europeia para o Brasil; a segunda frente de ação, atuaria nas bases científicas que justificaram (e ainda justificam) o extermínio da população negra no Brasil; e a terceira frente, é a implementação e execução das ações de extermínio e encarceramento da população negra. E a articulação dessas ações resultaria, em tese, em um país branco em cerca 1 século.

David (2023, p. 43) afirma em seus estudos que:

O período de abolição da escravidão sofreu brutal interferência das políticas de incentivo à imigração europeia, que pretendiam retirar os negros dos espaços de trabalho e de produção, substituído-os por imigrantes europeus. Na segunda metade do século XIX até os últimos anos do Império, a busca em embranquecer o Brasil se fez política.

Ressalta-se que, como quase tudo neste país, o movimento eugenista foi importado, ou seja, este debate esteve no centro de um movimento político em contexto global, pautando narrativas que justificaram ações de grandes proporções, foi a ideia da supremacia branca que esteve na base da ideologia que sustentaram o avanço do nazismo, considerada uma das maiores tragédias humanitárias de que se tem relato. Ora, se a teoria eugenista foi proposta a partir da ótica de quem a postulou, obviamente que os europeus iriam colocar-se no topo da pirâmide no esforço de classificar e ordenar as raças humanas, colocando-se em uma posição de privilégio e protagonismo (Souza, 2022).

Havia, no interior deste movimento, perspectivas distintas acerca de como se daria o processo de eugenia no Brasil. Os eugenistas mais radicais defendiam a ideia de que não

deveria haver nenhum tipo de cruzamento de raças para o processo de embranquecimento da população. As ações deveriam se concentrar em medidas de coerção policial, encarceramento preventivo de crianças “anormais”, controle de natalidade por meio de procedimentos de esterilização em massa, imigração de trabalhadores europeus, teorias cujos defensores buscavam embasamento diretamente da fonte, para tanto, realizavam viagens periódicas à Alemanha para se atualizarem sobre a produção científica em torno do movimento eugenista.

Uma outra vertente do movimento defendia a mestiçagem como forma de homogeneizar a população brasileira. A tese do branqueamento por meio da mestiçagem, afirmava que este processo extingiria a população negra, e esta possibilidade era vista com muito entusiasmo e otimismo por seus defensores.

O processo de miscigenação, fundamentado na exploração sexual da mulher negram foi erguido como um fenômeno de puro e simples genocídio. O “problema” seria resolvido pela eliminação da população afrodescendente. Com o crescimento da população mulata, a raça negra iria desaparecendo sob a coação do progressivo clareamento da população do país. Tal proposta foi recebida com elogios calorosos e grandes sinais de alívio otimista pela preocupada classe dominante (Nascimento, 2016, p. 84)

Este otimismo acerca do cruzamento das raças deu origem ao movimento que mais tarde ficou conhecido como “democracia racial”, que empregou êxito em camuflar a sua verdadeira intencionalidade: embranquecer a população brasileira, exterminando gradativamente a população negra. Assim como também afirma o autor: “Os intelectuais, ao mesmo tempo em que afirmavam a inferioridade biológica dos negros, preconizavam a miscigenação como meio de absorção das etnias inferiores” (Costa, 2007, p. 113).

Ambas as vertentes faziam a defesa da vinda de imigrantes europeus para o Brasil, concomitante a isso os legisladores providenciaram mecanismos para impedir a imigração dos “indesejáveis” (africanos e asiáticos).

A organização política em torno desta pauta, se expressa na Constituinte de 1934, com ampla participação dos eugenistas, o texto aprovado reforça a decisão pelo critério racista para a política de imigração: “§ 6º - A entrada de imigrantes no território nacional sofrerá as restrições necessárias **à garantia da integração ethnica** e capacidade physica e civil do imigrante [...]” (BRASIL, 1934. grifo nosso).

Segundo Souza (2022) e David (2023), o discurso radical perde força com o avanço da ideia da democracia racial e com a difusão das notícias acerca dos horrores do nazismo: “No final dos anos 1930, a política de branqueamento aos poucos perde força, assim como o alienismo entra em declínio”(David, 2023, p. 46). Desta forma o movimento se desarticula,

porém sua herança deixa marcas fincadas, sobretudo nas políticas de segurança pública e saúde mental, cujas bases higienistas, racistas e violentas se fazem presentes na atualidade.

Observamos, a partir daí, que o racismo que estrutura as relações nesta sociedade ganha novos contornos, mais sofisticados com o avanço da ideia de uma perspectiva positivada da mestiçagem, mas que mantém a finalidade de branqueamento da população, ou seja, o projeto de aniquilar corpos pretos ganha um novo discurso, que tem uma função política de controlar o avanço organizativo dos movimentos negros, com a negação do racismo e a valorização da mestiçagem no Brasil.

O movimento de eugenia impactou toda a compreensão que temos acerca das relações étnico-raciais. Este movimento inundou de teorias pseudo científicas toda a lógica da atenção à saúde mental e de segurança pública. De posse deste histórico, iremos abordar a seguir a guerra às drogas, a reatualização do modelo manicomial e a articulação com a violência de Estado

2.2 Loucura e crime, crime e loucura: avanço e reatualização da lógica manicomial

Loucura e crime, crime e loucura caminham juntos desde sempre. A relação intrínseca entre eles revela o âmago da sociedade de controle e punitivista que reproduzimos cotidianamente. O colonialismo e o racismo dão contornos específicos para a funcionalidade da psiquiatria e da criminologia, especialmente no Brasil (Passos, 2023, p. 54)

Muito temos falado sobre o projeto de encarceramento e extermínio de determinados corpos indesejáveis, projeto este que tem em suas bases o racismo científico, postulado pelo movimento eugenista, que propunha uma política higienista de limpeza étnica no país. São estas teorias que estão na camada mais profunda das políticas de segurança pública e saúde mental, portanto, fundamental para compreendermos os desafios para a construção de uma política de saúde que enfrente e busque superar a herança racista, aporofóbica e eugenista que a constituiu. Compreendemos que o projeto explícito estruturado para a população negra no período da pós-abolição, se deu a partir de diversas estratégias: Imigração de trabalhadores europeus, impedimento dos imigrantes indesejáveis, o abandono, a fome, esterilização forçada, criminalização da pobreza, entre outras.

Importante ressaltar que o racismo científico estava inserido no contexto de um movimento político, social que encontrou suas bases nas produções científicas de Nina Rodrigues, Renato Khel, Xavier Oliveira, Pacheco & Silva, entre outros. Ou seja, se constituiu um aparato ideológico para a construção da perspectiva de raça adotada pelo

Estado, assim como as formas com as quais manejaria a questão. Esta mesma lógica permeia, ainda que não oficialmente, as ações no âmbito da saúde, educação, segurança pública, entre outras áreas.

O terror e a truculência naturalizada em terras brasileiras compuseram-se pela justificativa dos saberes psiquiátricos, eugênicos e criminológicos, afirmando que a população negra é ontologicamente desviante, perigosa e sem razão. Para isso estabeleceu-se a necessidade de criar mecanismos teóricos, políticos e institucionais que pudessem controlar, subjugar e mortificar. (Passos, 2023, p. 55)

Considerando o projeto eugenista em curso, questionamos qual o destino destes corpos? Quais estratégias este movimento conseguiu lançar mão para garantir a limpeza étnica proposta por ele? Neste sentido, consideramos fundamental compreender como os corpos pretos, nas ruas e periféricos são alvo das estratégias estabelecidas pelo movimento eugenistas, expressas em política higienistas, por meio da manicomialização e prisão da PSR. Portanto, iremos abordar a materialização do projeto de limpeza étnica em curso.

Realizamos neste capítulo, um esforço teórico no sentido de traçar as bases sociais e históricas que nos deem pistas explicativas acerca do olhar da sociedade para o fenômeno da população em situação de rua, mediado pela questão do consumo de drogas. Esta trajetória histórica é fundamental para compreendermos as pautas que os movimentos da PSR encampam no âmbito da saúde, e que resultaram na Política Nacional para a População em Situação de Rua, nos Comitês Intersetoriais de Acompanhamento Monitoramento da Política para a População em Situação (CIAMPRUA) e nos Consultórios na Rua. Portanto, iremos abordar como a Guerra às Drogas, expressa nas políticas sobre drogas, escamoteiam um projeto de extermínio e encarceramento de determinados corpos e do genocídio da juventude negra em curso, que reforça a tese de que o projeto eugenista de limpeza étnica continua sendo implementada sob novas bases, alinhado com um racismo sofisticado ao nível de naturalisarmos as mortes dos nossos jovens, e chamarmos esses fenômenos de racismo velado (Nascimento, 2016), mesmo tendo números escancarados sobre a violência que atravessa os corpos dissidentes.

Este estado de guerra permanente, tem graves impactos para a saúde mental das populações negligenciadas, conforme afirma a autora: “O sofrimento e/ou adoecimento mental produzido pelas expressões do racismo estrutural podem ser identificados, por exemplo, nas expectativas dos projetos de vida da juventude negra brasileira” (Passos, 2023, p. 47-48). Porém, para isto é necessário fazer um breve resgate histórico sobre a história dos

manicômios no Brasil.

Nas sociedades capitalistas, os manicômios, assim como outras instituições que surgem no mesmo tempo histórico, tem como função “[...]a manutenção da hierarquia racial e que não está descolada da noção de periculosidade”. (Passos, 2023. p. 52). No Brasil podemos observar que até a década de 1920 houve significativa ampliação dos estabelecimentos psiquiátricos” (Costa, 2006; Passos, 2023).

Abordamos anteriormente o papel do movimento eugenista para a construção do aparato institucional da República para o controle da população negra, e destacamos o papel da LBHM, fundada em 1923, assim como também ressalta a autora:

Aliás, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) cumpriu um papel de destaque na propagação do eugenismo e do higienismo, incluindo a penetração dos psiquiatras nas práticas de controle diário da vida social da população. A hierarquização racial, que ganhou contornos específicos na República, diferenciava o direitos à democracia, tendo a psiquiatria como difusora pelo seu saber/poder. Dessa maneira, tanto a psiquiatria quanto o manicômio nunca estiveram isentos das múltiplas influências e disputas, mas se constituíram como saber, poder e instituição de controle, subjugação e morte (Passos, 2023, p. 57)

Costa (2006) em seu estudo sobre a história da psiquiatria no Brasil, traz o papel central da LBHM para constituição das bases que criaram a psiquiatria enquanto área de saber médico no Brasil, acerca disto o autor afirma: “[...]a história da Psiquiatria brasileira criou uma atmosfera psiquiátrica saturada de conotações ideológicas.” (Costa, 2007, p.) As análises apresentadas pelo autor evidenciam as bases violentas, que dão sustentação à lógica manicomial, da qual enfrentamos contemporaneamente:

O alcoolismo, embora fosse um problema efetivamente sério na época, estava longe de ser o flagelo em que os psiquiatras queriam transformá-lo. As medidas repressivas pedidas para o controle ao alcoolismo, revelam não a importância do problema, mas a crença que eles tinham na possibilidade de intervir eugenicamente no nível da sociedade (Costa, 2007, p. 60)

O processo histórico evidencia que a intersecção entre o projeto de extermínio e encarceramento da população negra, foi articulado em diferentes áreas de atuação do Estado, um projeto de Estado forjado por um ideal de supremacia branca, para o qual estaria tão distante materialmente, quanto geograficamente da europa. Para tanto, o movimento eugenista serviu às bases deste projeto, e suas produções orientaram o projeto, a implantação e a implementação da saúde mental e da segurança pública, cujos traços violentos, racistas, xenofóbicos, classista, observamos até os dias atuais. É justamente aí que reside a ideia de uma articulação de ações de cunho coercitivo para o controle e limpeza étnica, que tinha (e

ainda tem) na população em situação de rua, um dos seus principais alvos. Costa (2007) aborda a relação estreita entre o movimento eugenista brasileiro com a Psiquiatria nazista, fonte da qual bebia os fundadores da psiquiatria brasileira, ou seja, o que estava em curso era um real plano de extermínio destes corpos.

Amarante (2018), aborda o histórico dos manicômios no Brasil. Afirma que historicamente a loucura era livre para existir em sociedade, e ganha a concepção de alienação ou doença mental quando é capturada pelo saber médico. A partir do século XVIII a loucura passa a ser isolada, asilada, como em um grande experimento ou laboratório da mente humana, como afirma o autor: “A loucura é excluída da possibilidade de participação do pacto social, nas relações sociais, selando uma espécie de morte social para os sujeitos considerados alienados ou doentes mentais” (Amarante, 2018, p. 1092). A tese do “isolamento terapêutico”, inspirada na experiência de Pinel, defende que é preciso “isolar para conhecer” e “isolar para tratar”.

Os manicômios, enquanto aparato estatal, serviam à pauta higienista e eugenista, por meio de uma perspectiva de patologização da população negra, com a difusão da ideia de que pessoas negras possuíam cérebros menos inteligentes e inferiores intelectualmente. Estes argumentos justificavam a internação em manicômios e a hierarquia racial nas relações sociais e de trabalho. (David, 2023). É a lógica de isolamento e de controle dos corpos que apoia, até os dias atuais, o projeto manicomial presente na realidade em que nos inserimos.

Podemos afirmar que uma das questões mais urgentes no que diz respeito à população em situação de rua, se refere à problemática do consumo de drogas e o seu impacto para o processo saúde-doença desta população. Esta é uma realidade que impõe grandes desafios à política de saúde pública, e especificamente nesta pesquisa, ao Serviço Social, considerando todos os atravessamentos para a relação dos sujeitos com a sociedade, com o território, no âmbito material e subjetivo. Para tanto, abordar a política de guerra às drogas em curso no Brasil, busca desvelar que observa-se neste contexto um ataque a determinados corpos, cuja população em situação de rua é alvo preferencial.

Acerca do consumo de drogas, Ferrugem (2019) afirma que há indícios de que se trata de uma realidade em todas as sociedades e tempos históricos, portanto a ideia de uma sociedade livre de drogas é inatingível. Obviamente que a relação humana com as drogas é absolutamente distinta se compararmos diferentes tempos históricos, a expressão da cultura, o modo de produção e reprodução social, entre outros. Todos estes fatores impactam diretamente o sentido e a função que a droga desempenha na sociedade. Com o advento do

capital, as drogas ganham valor comercial e farmacológico, portanto: “O controle dos usos de substâncias psicoativas sai da esfera do ritual e crenças e passa para o controle do mercado e do capital, uma transição que data do século XIX” (Ferrugem, 2019, p. 41).

Como já abordamos anteriormente, “A medicina legal foi a base epistemológica para a criminalização da pobreza, dos negros e das drogas” (idem, p. 49). Evidenciamos que o racismo científico pautou a criação de políticas higienistas no âmbito da saúde, saúde mental e segurança pública, cujo objetivo era controlar, encarcerar e exterminar corpos periféricos, negros e vivendo nas/das ruas.

Porém, como o avanço das organizações de luta pelos direitos civis, que denunciavam e expõem as práticas eugenistas, o argumento da inferioridade genética e cultural passou a ser moralmente inviável, acerca disso o autor afirma: “O discurso eugenista, embora profundamente arraigado às normas sociais e ao próprio inconsciente social, não sustentava mais uma legitimidade para a construção de um arcabouço legal que conferisse ao Estado o direito de matar” (Paula, 2022, p. 52). Ou seja, era preciso elaborar outras justificativas para perpetuar o projeto de extermínio da população negra:

O perigo do negro não poderia ser mais o de uma ameaça e inferioridade genética e cultural. Era necessário reconfigurar todo o campo do direito que delimita o campo do não-direito, uma vez que esse campo (do não direito pelo direito) havia sido desconstruído pelo movimento dos direitos civis. A reconfiguração do direito de matar, espaço por excelência do racismo, foi definidora do modelo de sociedade neoliberal (idem, 2022, p. 52)

Neste contexto, avançam as ações que institucionalizaram a guerra às drogas que, segundo o autor, configuram a base na racionalidade do governo neoliberal e uma estratégia de extermínio e ruptura dos movimentos sociais, a fim de que se tornasse inviável à continuidade de seu potencial revolucionário.

Acerca do consumo de drogas no contexto do avanço das ideias eugenistas, a autora afirma que o racismo científico estabeleceu um discurso que defendia a relação direta entre determinados sujeitos e a criminalidade, assim como todos os símbolos a eles associados, a exemplo da maconha:

Discurso que sustentava a existência de predisposições genéticas para a criminalidade, a vagabundagem e o uso de drogas. [...] A criminalização da maconha situa-se entre a crença de que os negros eram a maldição da nação e o controle dos processos curativos pela medicina. Já que as ervas eram a base dos rituais dos terreiros de religião de matriz africana (Ferrugem, 2019, p. 490)

Observamos que a gênese da guerra às drogas e do proibicionismo, está justamente no

racismo que estrutura a sociedade, que justificou e continua justificando a violência naturalizada no manejo das questões relacionadas ao consumo de drogas.

Outro aspecto importante nesta análise diz respeito aos impactos do proibicionismo para a população em situação de rua. Podemos afirmar que se trata de uma complexa organização do aparato institucional do Estado, mediado por uma lógica de violação de direitos institucionalizada que se expressa nas ações presentes nas políticas de segurança pública, saúde, educação, nas relações estabelecidas nos territórios, de controle e vigilância dos corpos e comportamentos. (Ferrugem, 2019; Paula, 2022). A lógica de controle e vigilância se desdobra em códigos normativos que legitima a violência e determina a letalidade das ações:

A capacidade de provocar mortes, como cessão da vida de forma objetiva e simbólica ao produzir encarceramento em massa, buracos e ausências nas vidas das famílias e comunidades, mortes simbólicas que impactam objetivamente as pessoas. Resultados de uma guerra (Ferrugem, 2019. p. 51)

Acerca do impacto dessa política de morte, Passos (2023), em sua obra acerca das vítimas letais do Estado, afirma que “[...]A bala que assassina e mutila é a mesma que permanece girando e promovendo a mortificação lenta e dolorida das mães e familiares” (p. 104).

O Estado cria e recria, ao longo do tempo, estratégias diversas para fomentar o ódio aos corpos negros que justifiquem o projeto de aniquilação dos povos advindos de África, acerca disso David (2023) pontua essas estratégias:

[...] o abono das crises socioeconômicas das primeira décadas do regime republicano, em razão da abolição da escravatura; a famigerada busca antiabolicionista; a ‘arianização’; o combate de vícios como o álcool e o tabaco; o incentivo de ‘bons hábitos, atividade física e intelectual’, a política do branqueamento; o controle de imigração dos considerados ‘inaptos’, a proibição de casamentos entre os ditos ‘anormais’; a esterilização dos ‘degenerados’; o genocídio da população pobre, preta e periférica; a guerra às drogas; e o combate ao crack (DAVID, 2023, p. 64)

Ou seja, observamos uma série de estratégias de controle e extermínio desses corpos. Associada à violência operada pelo braço armado do Estado, tem-se operacionalizado de forma articulada a política de encarceramento, que observamos nas cadeias, manicômios, comunidades terapêuticas, entre outras instituições, cuja função é executar o projeto de um Estado fundamentalmente racista. Observamos hoje, na oferta de atenção em saúde mental para a população em situação de rua, um modelo manicomial, sobretudo com a acionamento

das Comunidades Terapêuticas:

É a população negra, pobre, periférica e usuária de droga que está sendo internada nos hospitais psiquiátricos e nas comunidades terapêuticas, o que significa que a interface da ‘guerra às drogas’ não só extermina e encarcera, como leva a internação, o isolamento e a violação de direitos humanos, e os coloca permanentemente na mira do fuzil (Passos, p. 98)

O avanço das Comunidades Terapêuticas tem continuidade no interior de um governo “progressista” (Governo Lula 2023-2026). O que expressa a evidente contradição do papel do Estado, como afirma Nêgo Bispo:

Não existe governo bom para Estado ruim. Assim como não existe motorista bom para carro ruim, maquinista bom para trem ruim. Qualquer governo que governar este Estado será um governo colonialista, porque o Estado é colonialista. Quem anda numa bicicleta é ciclista, mas quem anda num carro é motorista, é chofer. Ser colonialista é como ser adestrador de bois. Qualquer governo de um Estado colonialista será um governo colonialista. É preciso contracolonizar a estrutura organizativa. (Bispo, p. 74, 2023)

Cotidianamente, as/os profissionais dos Consultórios na Rua são chamadas/os à intervir junto às questões de saúde mental da população usuária. Este é um fato que os dados desta pesquisa confirmam, como veremos mais adiante, portanto, compreender os rumos da política de saúde mental no país, é central para localizarmos a atuação do Serviço Social neste contexto. Em tempos de avanço do conservadorismo e da perspectiva religiosa na atenção à saúde mental, se posicionar radicalmente pelo cuidado em liberdade, por uma sociedade livre de manicômios é dever ético da/do assistente social. Essas são defesas inegociáveis, não cabe relativismos, pois a liberdade é direito fundamental e condição primordial para a revolução da classe trabalhadora.

A inserção do Serviço Social na Política Pública de atenção à saúde da PSR, se deu em razão da luta e enfrentamentos dos Movimentos Sociais e precisa estar alinhada à luta antimanicomial, pela defesa de uma rua livre para existir e transgredir ao padrão socialmente aceito. A voz da rua é soberana e protagoniza as próprias lutas. Encampar as lutas ombro a ombro, ao lado dos movimentos, é afiançar a possibilidade de uma atuação que vislumbre a revolução necessária para construção de uma nova sociabilidade.

2.3 O Movimento Nacional da População em Situação de Rua e a luta pelo direito à saúde.

Dia 19 de agosto de Luto e Luta.

*No dia 19 de agosto de 2004
Um triste fato ocorreu
7 pessoas em situação de rua
Na Praça da Sé morreu*

*Brutal e Covardemente
Sem dá nenhuma defesa
Mataram 7 Brasileir@s
Que viviam na incerteza*

*Na incerteza de um dia
Que ainda ia raíar
Mas vieram os meliantes
Pra suas vidas ceifar*

*Após aquela macabra noite
Algo começou a Mudar
Surgiu um Movimento de Rua
Por seus direitos Lutar*

*Começou em 2 estados
São Paulo e Minas Gerais
Hoje estamos em 19 estados
Lutando por direitos Sociais*

*Mas não pensem que é fácil
O massacre continua
Quando é negado direitos
A população em situação de rua*

*Alguns estados Conquistaram
Direito à Saúde, Trabalho e Habitação
Porém em outros lugares
Inclusive em Natal é negado
Até Dormir no chão*

*Por isso sigamos na luta
Pois nesse País nada é de graça
Se não temos moradia digna
vamos ocupando os espaços de debates
viadutos, marquises, ruas e praças*

*Dia 19 de Agosto no Brasil
É o dia de luto e luta do povo da rua
Nós não vamos nos calar jamais
Porque nossa luta e resistência continua.
(Vanilson Torres - MNPR).*

O poema escrito pelo Presidente do Nacional do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR), Vanilson Torres, conta a história do movimento. O episódio que

ficou mundialmente conhecido como “Chacina de Sé” ou “Massacre da Sé”, no dia 19 de agosto de 2004, tirou a vida de 7 pessoas em situação de rua e, até então, nenhum dos responsáveis foi a julgamento. A suspeita é que o crime tenha sido cometido por policiais e seguranças particulares a mando de comerciantes da região central de São Paulo. Foi em meio à esta tragédia que as lideranças, os grupos que já atuavam com a PSR, com o apoio de outros movimentos sociais, se uniram para cobrar respostas concretas das autoridades e políticas públicas de proteção e cuidado às pessoas em situação de rua. O Movimento se consolida oficialmente no 4º encontro Lixo e Cidadania, que tinha como tema violência e impunidade. E em 2005 aconteceu o 1º encontro do MNPR.

A PSR é múltipla, diversa, plural e precisa ser compreendida em toda a sua complexidade. A criação de políticas públicas para a PSR é fruto das lutas e tensões presentes nos territórios que materializam ações de proteção, promoção e garantia dos Direitos Humanos. A luta dos movimentos sociais da PSR é também pelo direito de existir, de ser parte e partícipe dos espaços urbanos. São protagonistas de um projeto em disputa no que se refere ao direito às cidades e que compreende o direito de serem ouvidos e de compor os espaços de decisão.

A PSR apresenta grandes desafios às políticas públicas de habitação, saúde, assistência social, trabalho e emprego, entre outros, mas a questão ainda é tratada como problema de segurança pública, como denuncia o Movimento Nacional da População de Rua (CRP PR, 2022), que perpetua ações coercitivas, violentas, de cunho higienista e discriminatório. Desta forma, a organização política dos viventes de rua, é também um movimento pela humanização destes corpos, que tem o direito de ter as suas demandas pautadas, e a sua existência visibilizada.

A construção do fenômeno da população em situação de rua (PSR), está atrelada à formação social e histórica do nosso país que, por quase 400 anos, teve na força de trabalho escravizada a base de sua economia. Compreendendo que a PSR é forjada a partir deste processo, é fundamental darmos visibilidade à luta do povo negro pelo direito mais fundamental: a liberdade. A sociedade brasileira, por meio do sistema escravocrata, sequestrou comunidades inteiras de seus territórios, tentou apagar a história, a cultura e a ancestralidade desses povos, desumanizou-lhes e em seguida os abandonou à própria sorte, empurrando-os para as periferias e para as ruas.

Considerando que o projeto eugenista do Estado pós-abolição previa a extinção da população negra, a rua pode ser compreendida enquanto a própria materialização da

resistência dos povos africanos. Em todos os espaços em que se expressam as manifestações da “questão social” a população, ao vivenciar as desigualdades e injustiças, resiste e se reconstrói em suas lutas. É nessa tensão entre o inconformismo e as resistências que se destaca a centralidade dos movimentos sociais pela participação popular, como podemos observar por meio da inserção e das conquistas dos movimentos da PSR.

A sociedade brasileira, enquanto fundamentalmente racista, criou métodos cruéis e desumanos de exclusão e execução do povo preto mas, ao contrário do que nos é contado nos livros didáticos de história, a população negra resistiu a todo o sistema de opressão, e está viva hoje para desmentir a falácia da democracia racial brasileira. Portanto, conhecer a atuação dos movimentos organizados da PSR, suas identidades, lutas e resistências, exige conhecer também a história da formação sócio-histórica do Brasil, pois expressa a real defesa do Estado Democrático de Direito.

A história de luta da população em situação de rua, expressa a luta e resistência dos movimentos sociais que a representa e evidencia a defesa pela democracia, que forceja por uma sociabilidade livre de desigualdades. Vivenciamos nos últimos anos, uma grave crise política, que ameaçou as organizações democráticas do país como um todo. É preciso partir da compreensão de que a experiência de democracia no Brasil é recente e, por este mesmo motivo, encontra-se em processo de construção e consolidação. Nos manter atentas e atentos aos movimentos que ameaçam a democracia, é fundamental para a garantia do direito à participação de todas as pessoas de forma livre e consciente nos espaços de decisão e construção coletiva.

Neste sentido, os movimentos sociais que atuam junto às pautas da PSR, têm desempenhado uma função extremamente importante no que diz respeito à garantia do direito à participação popular. As conquistas e avanços que observamos nas políticas públicas para esta população, são fruto de uma articulação que se constrói a partir da narrativa e das vozes das ruas. São estes movimentos que dão visibilidade aos saberes populares que fortalecem o processo democrático, pois garantem a real construção coletiva das políticas públicas.

Ora, se a necessidade de fortalecer e consolidar a nossa democracia, perpassa pela necessária atuação dos movimentos sociais, é fundamental que cada um de nós, sujeitos históricos, façamos o exercício de identificar, estimular e promover os espaços de construção coletiva, compreendendo que a participação popular não pode ser um conceito abstrato, ele precisa estar ancorado e materializado a partir das demandas reais dos territórios, a partir dos

saberes invisibilizados por uma epistemologia classista e eurocentrada. Este movimento pressupõe troca, escuta, ação, intervenção coletiva que fortalece a comunidade, o território e a participação popular na construção de um Estado Democrático de Direito forte e colorido de povo.

Foi por meio da atuação do MNPR, que pudemos observar um salto no que diz respeito às políticas públicas para a PSR. Temos em 2008 o 1º censo nacional - Pesquisa Nacional Sobre a PSR (BRASIL, 2009b); em 2009 a Política Nacional para a População em Situação de Rua e o Comitê de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional da População em Situação de Rua - CIAMPRUA (BRASIL, 2009); em 2011 a criação da Estratégia de equipes de Consultório na Rua (BRASIL, 2011). Considerando que esta pesquisa busca compreender a inserção de assistentes sociais nos Consultórios na Rua, é fundamental ressaltar que se trata de uma conquista dos movimentos sociais pelo direito ao acesso à saúde.

Existem ainda outros movimentos organizados no território nacional, que tem implementado a luta da rua pelo direito de existir, e existir com dignidade, como o Movimento Nacional de Luta pelos Direitos da População em Situação de Rua (MNLDPSR), o Movimento Nacional de Meninas e Meninas de Rua (MNMMR), entre outros que tem protagonizado o debate acerca dos direitos, por uma política pública que seja feita para e com a PSR, de acordo com o lema da rua “nada de nós, sem nós”.

2.4 A luta dos movimentos sociais pelo avanço das políticas para a PSR

Os Movimentos da População em Situação de Rua e o Movimento de Trabalhadores, tem conseguido conquistar e acumular avanços significativos no que diz respeito à qualificação e criação de políticas públicas que atendam às necessidades desta população, mas é evidente que ainda há muito a ser conquistado.

A realidade atual evidencia uma conjuntura política marcada pela insegurança institucional. Foi possível observar o desmonte das políticas de saúde mental, com o avanço da lógica manicomial por meio do financiamento público para as Comunidades Terapêuticas. Observamos ainda o desfinanciamento da política de assistência social, a introdução de uma lógica produtivista no âmbito da atenção básica com o financiamento atrelado ao número de atendimentos, sem considerar os parâmetros qualitativos no processo de avaliação. Ou seja, vivenciamos tempo sombrios em muitas dimensões na sociedade brasileira, dando destaque para os desdobramentos que incidiram sobre as políticas públicas.

A PSR também se viu alvo desses ataques, com a gestão da crise sanitária da COVID-19 (Santos, et al, 2022), que abandonou esta população à própria sorte, deixados para morrer sem condições mínimas de prevenção e cuidado. Assistimos ao avanço do discurso conservador, que atribui às populações negligenciadas a culpa pelas violências sofridas. No âmbito das políticas públicas, espaços importantes de articulação da PSR junto ao Ministério da Saúde foram desarticulados, como o cerceamento da participação da sociedade civil no Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o desmonte do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política para PSR (CIAMPRUA).

Com a retomada do governo Lula em 2023, houve a necessidade de restabelecer os espaços de participação popular e dimensionar o estrago deixado pelo último (des)governo. Neste sentido, destacamos três importantes ações no que diz respeito às políticas de atenção à PSR: A reestruturação do CIAMPRUA, a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 976, e o Plano Rua Visíveis.

A decisão liminar proferida pelo Supremo Tribunal Federal (STF), por meio da ADPF nº 976 de 25/07/2023, determina os parâmetros a serem observados pelos entes federativos no que dizem respeito à execução da Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009). O relator, Ministro Alexandre de Moraes, concedeu prazo de 120 dias para que o governo federal elaborasse um plano de ação e monitoramento para a efetivação da política. O documento apresenta uma série de ações necessárias para a garantia da segurança e dos direitos da PSR, como a proibição do recolhimento e roubo dos pertences, do transporte compulsório para outros municípios e da utilização de arquitetura hostil. Por meio dos dados apresentados ao STF pelos movimentos sociais, ficou evidente que, apesar da existência da Política Nacional para a População em Situação de Rua estar em vigor desde 2009, os seus objetivos ainda não foram alcançados.

Outro marco importante neste processo de reorganização e fortalecimento das políticas públicas, é o Plano Rua visíveis (BRASIL, 2023). O Plano de Ação e Monitoramento para Efetivação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, que se desdobra a partir da ADPF nº 976, tem como objetivo acompanhar a implementação da Política Nacional (BRASIL, 2009). O Plano foi organizado pelo Ministério dos Direitos Humanos a partir da atuação dos movimentos e contempla os seguintes eixos: Assistência social e segurança alimentar; Saúde; Violência institucional; Cidadania, Educação e cultura; Habitação; Trabalho e renda; Produção e gestão de dados. A elaboração do plano se fez necessário também para buscar reparar os impactos do desmonte e ataque às políticas públicas da última gestão

federal.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação de Acesso e Equidade (CAEQ), reuniu representantes dos Movimentos Sociais, pesquisadores e técnicos para a elaboração da Política Nacional de Saúde da População em Situação de Rua, que está em pleno processo de elaboração.

2.5 Marco histórico e político para a defesa da saúde da População em Situação de Rua: 1ª Conferência Livre Nacional da Saúde População em Situação de Rua

Considerando a realização da 17ª Conferência Nacional de Saúde, em 2023, e a possibilidade de organização de conferências livres voltadas a segmentos negligenciados, a proposta de realização da Primeira Conferência Livre Nacional de Saúde com a População em Situação de Rua configura-se como uma estratégia política e participativa de relevância ímpar. Tal iniciativa visou garantir espaços de debate e deliberação de diretrizes e propostas que expressem as demandas e necessidades específicas desse grupo populacional, além de possibilitar a eleição de delegadas/os comprometidos com a defesa de suas pautas na etapa nacional.

A Conferência Livre foi fruto da articulação de um coletivo heterogêneo, caracterizado pelo protagonismo de pessoas com trajetória de rua e de representantes dos Movimentos Sociais da População de Rua, contando, ainda, com o engajamento de distintos atores da sociedade civil organizada, entidades de representação profissional, trabalhadoras e trabalhadores da saúde, bem como pesquisadoras e pesquisadores vinculados ao tema.

Cumprе salientar que uma mobilização que se propõe a ampliar o alcance do debate sobre saúde pública, de modo a contemplar a diversidade territorial e as especificidades das pautas e lutas da população em situação de rua, deve também assegurar que o processo organizativo seja democrático, plural e representativo. Nesse sentido, a realização da Conferência Livre expressa não apenas a reivindicação por reconhecimento e participação política desse segmento, mas também o fortalecimento dos princípios da equidade, universalidade e participação social, que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Primeira Conferência Livre Nacional de Saúde com a População de Rua proporcionou um processo de articulação potente, que, mesmo com pouco tempo para sua organização, conseguiu mobilizar atores de diferentes regiões do país tanto no modo presencial como híbrido, desafiando as fragilidades próprias deste segmento que conseguiu participar de forma vibrante, vocalizando suas demandas de diferentes formas, tanto via

expressões culturais como nos debates que aconteceram nos eixos temáticos. Aliado a isso, foram identificadas novas lideranças que podem somar com o fortalecimento dos movimentos da PSR, formar novos coletivos e capilarizar estratégias em todos os estados brasileiros para que a interlocução com a rua seja amplificada, promovendo um processo de ruptura gradual do silenciamento das vozes da população em situação de rua, neste caso em específico, na política pública de saúde.

A referida Conferência foi histórica pelos fatores já elencados, mas principalmente, por ter garantido o protagonismo das pessoas em situação e/ou trajetória de rua, que construíram um espaço concreto de visibilidade para as pautas que devem compor o processo de fortalecimento e reconstrução do SUS.

Registro das discussões nos 4 eixos da Conferência Nacional de Saúde:

EIXO I - O Brasil que temos. O Brasil que queremos

Este eixo promoveu uma reflexão acerca do contexto social e político do nosso país, considerando os desafios impostos pela realidade que se apresenta a partir dos desdobramentos dos marcos decisórios da última Gestão Federal; os impactos da pandemia da COVID-19 e da política de morte operacionalizada a partir do não enfrentamento da pandemia; assim como pensar nos desafios que este cenário nos impõe, em um compromisso da sociedade brasileira em reconstruir a nação por meio da reestruturação das políticas públicas e a reafirmação do Estado Democrático de Direito. Este processo se torna potencialmente mais desafiador se considerarmos a necessidade de pensarmos todo este contexto político inserido na realidade da População em Situação de Rua (PSR) e dos diversos movimentos sociais que atuam nessa frente, desta forma, as discussões realizadas foram profundamente importantes e centrais para propormos ações que possam contribuir para o processo de reconstrução.

Foram debatidos diversos temas fundamentais à proteção e garantia dos direitos da PSR. Foi abordada a questão das infâncias nas ruas, como a sociedade e a rede de proteção encaram a vivência de rua em se tratando de crianças e adolescente, e a importância de não silenciarmos o protagonismo desses sujeitos, que também tem o direito de receber todo o cuidado e proteção mesmo estando nas ruas, ou seja, não podemos mais partir do pressuposto que a única resposta para as infâncias nas ruas é a institucionalização, daí a importância de reforçar a rede de atenção e proteção.

Debateram-se ainda a questão das Comunidades Terapêuticas (CT), além do modelo de saúde mental para a PSR por meio de ações higienistas, internações compulsórias e intervenções violentas. Para tanto foi aprovada uma proposta que versa sobre o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), assim como a atuação na perspectiva intersetorial.

Outro ponto dialogado, foi relacionado a importância de fortalecer as equipes de Consultório na Rua, que tem sofrido ataques sistemáticos, com equipes desfalcadas, falta de insumos e de condições materiais para a realização do trabalho. Abordou-se ainda a centralidade de se implementar a Educação Popular e o cuidado entre pares. O debate se materializa nas propostas e na Diretriz aprovada que reforça o fortalecimento das equipes de Consultório na Rua, assim como a qualificação do atendimento em todos os níveis do cuidado, compreendendo que o Brasil que queremos só é possível com um SUS forte, universal e devidamente financiado.

Diretriz: Garantir o acesso a saúde integral da PSR a partir da expansão de equipes de CnR e de atendimento humanizado e de qualidade em todos os níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Com financiamento da saúde pública e estatal e capacitação de todos os trabalhadores de saúde em saúde integral da população em situação de rua.

Proposta 1 - garantir a expansão das equipes de Consultório na Rua. Essas equipes devem ter em sua composição pessoas com vivência de rua.

Proposta 2 - Garantir formação adequada em saúde integral da população em situação de rua a todos os profissionais de saúde do SUS, e profissionais da saúde em formação. Essa formação deve ser realizada em parte por pessoas com vivência e ou em situação de rua ou de cuidado a pessoas em situação de rua.

Proposta 3 - Garantir a volta do Comitê Nacional de Saúde Integral da população em situação de rua.

Proposta 4 - Disseminar os direitos da população em situação de rua em todas as unidades de saúde do país a partir de cartazes informativos, mídias sociais, cartilhas e outros recursos de comunicação virtual e presencial.

Proposta 5 - Ampliar os atendimentos da RAPS à PSR de forma humanizada com ênfase na regulamentação das CT, expansão das UA, aumento de leitos de desintoxicação em hospitais gerais, expansão e reordenação dos caps (AD, IJ e Adulto) para que o PTS seja realizado também na e com a rua. E, para além da RAPS, a criação de políticas intersetoriais, intersecretariais e interministeriais que envolvam também a criação de serviços híbridos de cuidado à população em situação de rua, como por exemplo, para cuidados pré e pós

cirúrgicos. Sempre com olhar para a equidade e atenção às populações negligenciadas, como mulheres, crianças, lgbtia+, com deficiência, entre outras.

EIXO II - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas.

Este processo de reconstrução do SUS perpassa pela retomada da centralidade da participação popular e controle social. Trata-se de um Direito Constitucional que sofreu um processo de esvaziamento, notadamente nos últimos anos, de forma a desacreditar a importância dos movimentos sociais para o fortalecimento do SUS. Pensar a saúde da PSR sem o protagonismo dos Movimentos da PSR, é descolá-la da realidade das ruas, o que fatalmente cria ações que não dialogam a realidade da PSR, e ainda mais grave, reforçam mecanismos de controle e violência com roupagens de cuidado e proteção, como nos casos das intervenções higienistas.

As discussões do eixo 2 giraram em torno de possíveis estratégias para ampliar não só a quantidade, mas também a qualidade da participação social nos devidos espaços. Os debates permitiram diagnosticar um consenso entre os participantes quanto à necessária ampliação de movimentos sociais da PSR em tais espaços. Revelou, também, a percepção de que muitos desses instrumentos acabam existindo sem, entretanto, efetivarem a participação e voz da População em Situação de rua e movimentos afins.

Como desdobramento deste debate, foi discutido ainda a respeito da falta de acesso da População em Situação de Rua aos serviços públicos. A questão do fortalecimento das eCR, assim como de toda a RAPS, problematizando o baixo financiamento para os equipamentos - Consultório na Rua e de Rua, CAPs e afins. A participação social em instâncias locais também foi reiteradamente pautada, colocando luz à necessidade de inserção de pessoas com trajetória de rua nas Equipes de Consultório na Rua e de Rua.

A educação popular, a criação de territórios saudáveis e sustentáveis também foi estratégia discutida como forma de garantir o acesso, mitigar problemas relacionados à estrutura da rede e minimizar entraves para a participação da PopRua na execução das políticas que são de seu interesse.

O debate reafirma a centralidade do papel dos movimentos sociais para o processo de reconstrução do SUS, e as propostas aprovadas trazem a discussão para o âmbito da garantia do direito à participação que precisa ser respeitado, assim como garantir meios para a materialização em todos os níveis, da execução, planejamento, fiscalização, entre outros. Evidencia-se na Diretriz aprovada, o papel dos movimentos sociais que seguem em luta por

uma política pública de saúde construída a partir de suas vozes, em observância à máxima: “nada sobre nós, sem nós”.

Diretriz: Garantir o controle social e a atuação dos movimentos sociais nas instâncias que elaboram e executam políticas públicas junto à PopRua.

Proposta 1 - Garantir a obrigatoriedade de cumprimento dos encaminhamentos e propostas advindas das instâncias de participação e controle social, com destaque ao Plano Nacional de Saúde.

Proposta 2 - Educação Popular e construção de territórios saudáveis e sustentáveis, de forma participativa e com foco na presença de trabalhadores com trajetória de rua.

Proposta 3 - Garantir a presença de representação REAL da PopRua em TODOS os espaços de discussão, elaboração e decisão sobre aspectos relacionados à PopRua.

Proposta 4 - Garantir discussão e fiscalização ampla pela a sociedade, inclusive através da realização de audiências públicas junto à PopRua e da participação de fóruns de usuários e trabalhadores, de assuntos relacionados à saúde da PopRua.

Proposta 5 - Existência ativa de Conselhos Locais de Saúde da População em Situação de Rua como condicionante para a homologação e repasse de recursos às equipes de Consultório na Rua e de Rua.

EIXO III - Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia.

Este eixo nos provoca a pensar ações de defesa e fortalecimento do SUS, pois em meio à crise sanitária que estamos superando, a saúde pública sofreu sérios ataques tendo a sua capacidade de resposta desacreditada, e ainda assim, mostrou a sua força por meio de sua capacidade organizacional e estratégica, e do protagonismo de seus trabalhadores. Desta forma, nos propomos a debater a importância de defender o SUS como ferramenta para a defesa da vida e da democracia.

Este grupo contou com uma representatividade bastante diversa, com a participação de pessoas em situação e/ou trajetória de rua, pesquisadores e trabalhadores, o que proporcionou um debate potente do ponto de vista das experiências, vivências e proposições.

Debateu-se a importância de estabelecer uma política nacional que trate das questões relacionadas à saúde da PSR, compreendendo que não se trata de uma função somente dos Consultórios na/de Rua, mas de toda a rede de atenção à saúde. Neste sentido, foram propostas ações de fortalecimento das equipes de Consultório na Rua (eCR), criação de uma política nacional para a construção de fluxos e processos de trabalho que garantam fluidez à

produção de cuidado, para que a demanda de saúde da PSR seja devidamente acolhida e atendida em todos os serviços e níveis de atenção. Assim como a necessidade de implementar a inserção de pessoas com trajetória de rua nas equipes de saúde.

Outra discussão central, e que merece destaque em se tratando da defesa do SUS, é a necessidade de cuidarmos dos cuidadores, por meio de políticas públicas de valorização das/os trabalhadoras e que aborde a questão da saúde, principalmente no que diz respeito à saúde mental das equipes, e o fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

As discussões produziram as propostas aprovadas que versam sobre um olhar ampliado para a produção de cuidado para e com a PSR, com o fortalecimento das redes de atenção, estando expressamente marcada na Diretriz aprovada, pois compreendemos que garantir o acesso é o que torna os espaços efetivamente democráticos.

Diretriz: A reconstrução do SUS como política pública promovendo a garantia de direitos, a saúde e a vida: democratizando o acesso, a participação popular, a integralidade, a universalidade, a equidade e a atenção à saúde integral e mental de trabalhadoras e trabalhadores dos serviços de saúde e assistência social e da população em situação de rua.

Proposta 1 - Instituição de uma Portaria Nacional de Atenção à Saúde da População em Situação de Rua, na qual seja incluído o trabalho do agente de saúde, do agente redutor de danos e do arte-educador, proveniente da situação de rua ou que já esteve, nos Consultórios na Rua, com fiscalização, alocação de recursos, reestruturando o SUS e construindo junto com a população em situação de rua.

Proposta 2 - Ampliar a discussão sobre o Consultório na Rua e o Consultório de Rua para que seja cumprida a implementação destes serviços nos municípios com equipes multiprofissionais, contendo facilitadores em saúde mental com foco na redução de danos.

Proposta 3 - Capacitação, educação permanente e formação continuada dos trabalhadoras e o cuidado na saúde dos trabalhadoras, de modo a democratizar os serviços e enfrentar estigmas e preconceitos. Além da criação de fóruns de trabalhadoras como espaços de organização.

Proposta 4 - Criação de fluxos de encaminhamento e protocolos de atendimento em todo o território nacional, em diálogo com a rede para a oferta de um atendimento integral.

Proposta 5 - Instituição pelo Ministério da Saúde de instituições de habitação para a oferta de atendimento especializado à população em situação de rua e populações em situação

de vulnerabilidade para recuperação e serviços de baixa complexidade, ofertados por equipes multiprofissionais.

EIXO IV - Amanhã será outro dia para todos, todas e todes

Um grande desafio foi colocado por meio do debate realizado no eixo 4, cujo objetivo era dialogar sobre o que pensamos para o futuro e como podemos contribuir para o processo de reconstrução da política pública de saúde. A sociedade brasileira vivenciou nos últimos anos, tempos marcados pelo obscurantismo, negacionismo, anticientificismo e um evidente ataque aos grupos mais vulnerabilizados e aos direitos sociais, além do emprego da máquina pública para a disseminação de desinformação, sendo necessário pensar nos impactos desta realidade para a saúde da população, e em especial para a saúde PSR, que tanto sofreu no contexto da Pandemia de COVID-19. Todo este contexto se apresenta para nós como um grande desafio a ser enfrentado, no sentido de criarmos coletivamente meios para a construção de uma sociabilidade mais justa, solidária e humana, para varrer de uma vez por todas o cinismo e o ódio que imperam em tempos de avanço do conservadorismo.

Este grupo foi formado basicamente por trabalhadores e apoiadores dos movimentos sociais da PSR, e as discussões centraram-se na elaboração de propostas que pudessem contribuir para inauguração de novas bases para o cuidado em saúde para e com a PSR.

Debatemos pontos importantes para o avanço da política de saúde, como a necessidade de avançarmos no cuidado junto à população LBGTIAPN+, no que diz respeito a acesso a insumos e informações. Tratamos ainda sobre a importância de priorizarmos a saúde da mulher e de pessoas que gestam, bem como o acesso a insumos e informações sobre planejamento familiar, aborto legal, entre outros. Reconhecer o debate que se acumula acerca dos marcadores de raça, classe, gênero e as iniquidades em saúde, é fundamental para a construção de um SUS atento às desigualdades social e historicamente construídas.

Outra discussão muito importante, se referiu à necessidade de obtermos dados acerca da PSR, pois pensar no futuro e no planejamento de políticas públicas, exige conhecermos as especificidades territoriais, bem como as demandas presentes nas mais diversas realidades, neste sentido, a realização do Censo Nacional da População em Situação de Rua, é fundamental para a implementação das políticas de saúde, assim como as demais políticas públicas para a PSR.

O diálogo promoveu a construção de propostas atentas ao futuro e à construção de novos tempos, por um SUS que acolha a PSR de forma integral, cujo cuidado seja

compartilhado por toda a rede de atenção, reafirmando o direito de ter suas demandas atendidas com dignidade em qualquer território e equipamento em que o SUS se faça presente. Reflete-se na Diretriz aprovada neste eixo que contempla a construção de um SUS atento à realidade das ruas, e alinhado com o conhecimento construído pelos Movimentos Sociais que lutam por políticas públicas equânimes e que reconheçam a pluralidade, a diversidade e as potencialidades presentes nas ruas.

Diretriz: Garantir o fortalecimento das políticas públicas de saúde para a População em Situação de Rua (PSR), a partir das concepções de diversidade e heterogeneidade inerentes à realidade das ruas, considerando a centralidade dos marcadores de raça e gênero para se pensar uma política pública que de fato dialoga com as demandas de saúde da PSR, e para a construção de um SUS comprometido com a eliminação das desigualdades sociais.

Proposta 1 - Garantir a realização do Censo Nacional da PSR e os meios legais para assegurar sua permanência e periodicidade, considerando que o levantamento dos dados e indicadores acerca da realidade nas ruas, são centrais para a construção, implementação e qualificação da política pública de saúde para e com a PSR.

Proposta 2 - Assegurar o acesso das pessoas em situação de rua aos direitos sexuais e reprodutivos, com informação sobre contracepção, saúde sexual e aborto legal, acesso a métodos contraceptivos, inclusive implantes subcutâneos, informações e insumos para prevenção às ISTs, busca ativa para exames e tratamentos ginecológicos e urológicos, inclusive com educação por pares e parcerias com movimentos sociais em todo o território nacional.

Proposta 3 - Viabilizar o acesso à saúde das pessoas LGBTQIAPNB+ em situação de rua, com acesso a hormonização, redução de danos em uso de silicone industrial e de hormônios, informação sobre, e insumos para, prevenção a ISTs (incluindo PREP e PEP), e atendimento psicológico, inclusive com educação por pares e parcerias com movimentos sociais.

Proposta 4 - Fortalecimento da corresponsabilização de todos os programas, estratégias e equipamentos de saúde para com as demandas da PSR a partir da efetivação da Política Nacional de Humanização, visando o acolhimento digno e o atendimento qualificado à PSR em todo e qualquer serviço de saúde.

Figura 2. Transmissão online da 1ª Conferência Livre Nacional



Fonte: Acervo pessoal

Figura 3 - Participação presencial na 1ª Conferência Livre



Fonte: Acervo pessoal

Figura 4. Mesa de abertura da 1ª Conferência Livre Nacional



Fonte: Acervo pessoal

A figura a seguir mostra a participação da pesquisadora na mesa que coordenou os trabalhos da Conferência:

Figura 5. Coordenação dos trabalhos da 1ª Conferência Livre Nacional



Fonte: Acervo pessoal

A Conferência também garantiu a participação de pessoas em situação ou com trajetória de rua de diferentes territórios no Brasil, por meio de plataforma de reunião remota, como podemos observar na figura abaixo:

Figura 6. Participação remota dos usuários



Fonte: Acervo pessoal

As propostas foram discutidas na 17ª Conferência Nacional de Saúde, com a aprovação de muitas delas, o que expressa mais uma grande vitória dos movimentos sociais. É um grande privilégio poder participar e apoiar as defesas protagonizadas pela rua, e ver a luta coletiva ganhando corpo, tensionando e ocupando espaços que até muito pouco tempo atrás seria inimaginável para a PSR.

2.6 A Rede Nacional de Consultórios na Rua e o Movimento de Trabalhadores

Esta pesquisa só foi possível pela inserção desta pesquisadora no Movimento Social de Trabalhadoras e Trabalhadores que atuam nos Consultórios na Rua. A realidade das ruas impacta o fazer profissional de trabalhadores de todo o país, e por compreender que se trata de uma realidade absolutamente desafiadora, que em 2016 esses profissionais começaram a se articular em torno das defesas necessárias para o fortalecimento da política pública, por condições dignas de trabalho, e pela defesa dos direitos da população atendida.

A Rede Nacional de Consultórios na Rua e de Rua (RNCR) surgiu como um movimento autônomo de trabalhadores e trabalhadoras do SUS no ano de 2016, a partir da articulação iniciada por Daniel de Souza, trabalhador de uma equipe de Consultório na Rua de Manguinhos/RJ. Com o passar do tempo, outros profissionais começaram a contribuir nesta construção, formando um grupo orgânico que conduz a Rede Nacional de Consultórios na e de Rua.

A primeira ação realizada foi a criação de grupos de whatsapp, que agregou a maior parte dos trabalhadoras e trabalhadores de diferentes territórios no Brasil e, posteriormente, grupos de trabalho para a construção dos encontros e demais tarefas da RNCR, que foram viabilizando os debates amplamente participativos do coletivo. Através do grupo foram sendo abordados e escolhidos os temas que as equipes entendiam como pertinentes e importantes para o processo de trabalho e o cuidado em saúde da população em situação de rua e a partir destes debates, foram construídas as programações dos encontros nacionais.

O grupo no whatsapp também tornou-se um importante dispositivo para trocas de informações, discussões e debates sobre processos de trabalho e outras questões relevantes às diferentes realidades das equipes e das pessoas em situação de rua. Ao passar do tempo, o grupo também foi se ampliando para profissionais de outros serviços da rede SUS/SUAS e demais políticas sociais para população em situação de rua e lideranças do movimento social da população em situação de rua, pesquisadores, estudiosos, entre outros.

O primeiro Encontro Nacional da Rede se deu no Rio de Janeiro, no dia 19 de Abril de

2016. Teve apoio da ABORDA (Associação Brasileira de Redução de Danos) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). À época estavam cadastradas 127 equipes de Consultórios na Rua em todo o Brasil e o desafio estava dado: unir os trabalhadores e ampliar a participação dos Movimentos Sociais das pessoas atendidas pelas equipes. Nesse sentido, o 1º. Encontro Nacional de Consultórios na Rua e de Rua, contou com a presença de Maria Lúcia Santos, mulher negra, baiana, referência do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR) da Bahia, *in memoriam*, que contribuiu com sua vivência de mulher com trajetória de rua. Também estiveram presentes pessoas com trajetórias importantes na construção e fortalecimento da equidade no SUS, como o Professor Antônio Nery Filho, Emerson Ellias Merhy, Dênis Petuco, e outras.

O 2º Encontro foi realizado em Brasília - DF; O 3º em Salvador - BA; o 4º Encontro em Porto Alegre, o 5º em São Paulo; o 6º no Espírito Santo; o 7º em Brasília novamente, e em 2025 o 8º Encontro será realizado em Recife, com a tema “Estratégia Consultório na e de Rua - da teoria à prática: saberes e fazeres”.

Desde 2022, esta pesquisadora integra a equipe que coordena a Rede Nacional de Consultórios na Rua, que se dá por meio de uma Colegiado que se reúne mensalmente. A RNCR tem garantido um diálogo direto com o Ministério da Saúde, OPAS-OMS, CNS, Fiocruz, e tem conquistado espaço para realizar os enfrentamentos para a melhoria das condições de trabalho, atuação junto às pautas da população em situação de rua e a defesa do SUS.

A articulação com os movimentos sociais garantiu a realização desta pesquisa, sobretudo a partir do apoio ao MNPR e da coordenação da RNCR, desta forma, apresentaremos a seguir os resultados da pesquisa que dialogam com a estratégia das equipes de Consultório na Rua.

CAPÍTULO 3. A ESTRATÉGIA DE EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA

OI, LEVA EU, POVO DA RUA!

*Oi, leva eu, povo da rua,
Eu também quero ir; povo da rua,
E já chegou a missão,
Vamos todos nos unir,
Leva eu, povo da rua.*

*Trabalhamos todos juntos, povo da rua,
Verdadeiro mutirão, povo da rua,
“Fé em deus e pé na tábua”,
Buscando a libertação,
Leva eu, povo da rua.*

*Neste tempo tão difícil, povo da rua,
A cidade vai ouvir, povo da rua,
O grito dos oprimidos
Pra justiça construir,
Leva eu, povo da rua.*

*Somos o povo de Deus, povo da rua,
Nós também temos direito, povo da rua,
Nossa luta começou,
Pra parar não tem mais jeito,
Leva eu, povo da rua.*
(Hino da População em Situação de Rua)

3.1 eCR: um breve histórico

O Consultório na Rua é uma estratégia inserida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), do Ministério da Saúde. Está presente em 359 municípios até abril de 2025.

As equipes de Consultório na Rua têm sua gênese em um trabalho de extensão do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD), liderado pelo professor Dr. Antônio Nery Alves Filho, na cidade de Salvador na década de 1990. Observando a situação das crianças e adolescentes em situação de rua, o grupo de estudos passou a realizar abordagens no sentido de conhecer as demandas e ofertar a possibilidade de atenção à saúde mental. Esta iniciativa deu origem ao Consultório de Rua, inserido na Política Nacional de Saúde Mental.

A articulação dos trabalhadores da saúde, movimentos sociais da população em situação de rua (PSR), diante das múltiplas demandas apresentadas, que não se restringiam às

questões de saúde mental, possibilitou avançar na concepção da estratégia, e em 2011 passa a compor a Política Nacional de Atenção Básica, com a nomenclatura de equipe de Consultório na Rua.

A questão da população em situação de rua, como já pontuamos, é um fenômeno histórico que ganha contornos e conceitos específicos de acordo com o momento histórico em que está inserida. No contexto da história brasileira, temos como marco legal a abolição da escravidão, que abandonou toda uma população à própria sorte, tendo sido enxotados para as periferias, favelas e para as ruas. Esta situação foi abordada primeiramente pela perspectiva punitiva, por meio das leis que criminalizavam a vadiagem, os capoeiras, os ébrios, ou seja, o Estado pune a miserabilidade por ele mesmo produzido. E este problema foi abordado somente por este viés por muitas décadas. A partir da organização da sociedade civil por direitos sociais e pela democracia, que culminam na Constituição cidadã de 1988, questões como o fenômeno da população de rua, começam a ser vislumbradas a partir de seus determinantes históricos e sociais, abrindo possibilidade de conferir visibilidade aos problemas relacionados ao mundo do trabalho, habitação, saúde mental da PSR.

Os Consultórios de Rua, precursores dos Consultórios na Rua, são chamados a intervir a partir do reconhecimento do problema relacionado, principalmente, ao uso de drogas, com a disseminação de espaços e cenas de uso, popularmente conhecidas como crackolândia. Neste sentido, os Consultórios de Rua estavam inseridos na política de Saúde Mental, porém, este movimento reforçou a ideia de que a demanda da população de rua está relacionada exclusivamente ao consumo de drogas, e o questionamento que fazemos é: este problema é de fato uma demanda desta população, ou uma demanda de uma sociedade profundamente racista, desigual com ideais higienistas e eugenistas?

As equipes de Consultório na Rua, se apresentam como a possibilidade de ofertar um cuidado em saúde que vislumbre estas demandas a partir de uma perspectiva integral, reconhecendo que se tratam de questões múltiplas e complexas, e que envolvem a articulação de diferentes políticas públicas como a assistência social, habitação, educação, trabalho e renda, entre outros.

Portanto, compreende-se que a categorização do problema muda de acordo com o agente que analisa a questão. A sociedade brasileira, estruturada pelo racismo, classismo, machismo, compreende que o problema é a própria população de rua, os espaços que ocupa, os perigos que oferecem em relação à segurança pública, ou por questões sanitárias, sendo

este problema solucionado por meio de intervenções higienistas, encarcerando e exterminando esta população.

São as vozes dos movimentos sociais da população de rua que vão trazer o problema para uma perspectiva ampliada, compreendendo que os problemas devem ser categorizados a partir da compreensão de que a população em situação de rua é a expressão mais radical da desigualdade, sendo função do Estado, amparar e garantir meios para que os problemas identificados, como a questão da moradia, do emprego, da saúde mental, do território possam ser trabalhados de forma intersetorial.

A questão que esta análise deixa como provocação, se relaciona ao problema categorizado oficialmente por meio da política pública, onde o Consultório na Rua é chamado a intervir, versus os problemas identificados e reconhecidos pela sociedade, para os quais o Consultório na Rua é chamado cotidianamente a intervir, por meio de uma perspectiva higienista, manicomial, e punitiva do mesmo problema.

O Consultório na Rua foi proposto, implantado e implementado em momentos políticos distintos. A portaria que estabelece as equipes de Consultório na Rua data de 2012, período em que o país estava sob a gestão de um governo que viabilizou a propositura e o avanço de projetos, programas e políticas bastante progressistas.

O cenário observado no contexto da pandemia, por sua vez, traz um misto de grandes desafios ao processo de implementação desta estratégia. A primeira se refere ao desfinanciamento do SUS, que atingiu sobremaneira o processo de avanço das eCR no território nacional, os dados referentes ao número de novos Consultórios pactuados, evidenciam que houve uma expansão significativa da estratégia entre 2012 e 2015, e a partir de 2016 os números são muito mais tímidos, e retomam sua expansão após 2023.

Com a retomada de governos de direita e extrema direita à frente do Estado brasileiro, as políticas de saúde estiveram em constante ameaça, como os Consultórios na Rua, Programa De Volta para Casa, Residências Terapêuticas, Política Nacional de Saúde Mental, entre outras. Ainda, no âmbito da saúde, o governo Bolsonaro (2019-2022) conseguiu desarticular em definitivo, todo o sistema de financiamento do SUS para os estados e municípios (Programa Previnir Brasil), e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF). Todas estas questões, deixam evidente que o contexto político nunca foi tão decisivo na manutenção das políticas públicas, neste contexto os Consultórios na Rua já estiveram na mira deste governo algumas vezes nos últimos anos.

A Pandemia de COVID-19, impactou a política, a economia, e a sociedade como um todo, por sua vez, trouxe a centralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para o debate. Diante do não enfrentamento à pandemia por parte do (des) governo federal, foi o SUS, seus princípios, organização e os trabalhadores, que garantiram que a tragédia não contabilizasse um número ainda maior de mortes. Neste contexto, os Consultórios na Rua foram fundamentais para que a informação, a orientação e os insumos necessários à prevenção da COVID-19 chegassem à população em situação de rua. A pandemia trouxe desafios imensos para a população de rua e para os serviços que compõem a rede de atenção à PSR.

As orientações mais simples como ficar em casa, lavar as mãos, quarentena, se configuraram verdadeiros desafios, e na maioria das situações, o poder público não garantiu as condições mínimas para que esta população pudesse se proteger. Os desdobramentos para a economia do país, agravada pela postura negacionista e anticientificista do governo Bolsonaro, aumentaram o pauperismo e a miserabilidade, o que se reflete diretamente no aumento da população de rua, ou seja, o Consultório na Rua, tão atacado neste governo, teve sua demanda exponencialmente aumentada no contexto da pandemia. O Consultório na Rua é uma estratégia inserida na agenda pública, é uma Política de Estado, e somente por esta razão não foi desarticulada durante o governo Bolsonaro, que criminaliza o povo pobre, preto, periférico, munindo-se sempre do discurso de combate às drogas.

Os Consultórios na Rua, enquanto qualificação da estratégia dos Consultórios de Rua, só foi possível por meio da organização e questionamentos do movimento social, viabilizados, principalmente, pelo Comitê Intersetorial de Acompanhamento da Política para a População em Situação de Rua, este espaço de controle social foi fundamental para o avanço das eCR. Os trabalhadores da saúde também atuaram de forma decisiva para que as demandas de saúde da PSR se tornassem evidentes e que fossem levadas aos espaços decisórios. Outro ator central para a inserção das pautas da população de rua na agenda pública foi a comunidade acadêmica, haja vista que se trata de um projeto que nasce de uma iniciativa da Universidade, e que desde então, se configura um espaço importante para a qualificação da estratégia, como nos exemplos das atuações dos grupos de extensão e estudos da UNESP Franca, UFBA e Unicamp que se tornaram referência na análise e intervenção junto às políticas públicas para a PSR.

Os interesses, que não aparecem no texto da lei, nem nos manuais do serviço, se evidenciam pelo contexto em que o Consultório na Rua foi expandido, e pela demanda que nos é apresentada cotidianamente, intimamente relacionada a uma política higienista, que

atende aos interesses de uma elite aporofóbica e racista. O avanço da estratégia se deu pelo Programa do Ministério da Justiça chamado “crack é possível vencer”, o que nos diz muito sobre a intencionalidade da agenda ao propor o referido serviço. Portanto, pode-se concluir que, muitos gestores habilitaram a estratégia em seus municípios com a expectativa de resolver o “problema” das vivências de rua.

Podemos apontar ainda, os esforços dos municípios para angariar fundos para as despesas públicas, serviços como o Consultório na Rua são pactuados por meio de incentivo financeiro encaminhado diretamente ao fundo da Atenção Básica, ou seja, não é uma verba carimbada, e não precisa necessariamente ser gasto com as eCR. Além dos interesses das Organizações Sociais, que têm gerenciado grande parte dos Consultórios na Rua no Brasil, como este estudo confirma a partir dos dados coletados na pesquisa de campo.

Os Consultórios na Rua na agenda política apresentam muitos conflitos, de forma aberta podemos citar os conflitos entre a sociedade civil e a presença da população de rua, explicitados nos meios de comunicação locais, que sempre abordam a questão da população de rua pela ótica do preconceito, rejeição e senso comum.

Um outro ponto importante retoma à análise realizada sobre o contexto político, é evidente que os interesses expressos nos objetivos e intencionalidades da estratégia, conflituam com os interesses próprios do capital, que se alimenta e produz desigualdades, evidenciadas neste contexto, pelas políticas de encarceramento da loucura e da pobreza.

Outros conflitos transitam, ora encobertos, ora latentes, mas que são faces do mesmo problema, dizem respeito às questões referentes à segurança pública e ao tráfico de drogas. Para o trabalhador da saúde, é importante ter nítido que o Consultório na Rua está inserido neste contexto, e que sua implantação e implementação compõe um projeto de combate às drogas, que criminaliza a existência das populações negligenciadas.

O desenho institucional dos Consultórios na Rua, é o retrato do modelo adotado pelo SUS atualmente, que têm se desenvolvido a partir da lógica da terceirização e da mercantilização da saúde pública. Observamos um movimento, liderado principalmente pelos trabalhadores da saúde, pelo combate à privatização do SUS, porém o processo de implementação dos Consultórios na Rua evidencia que o projeto privatista está a todo vapor, por meio de uma estratégia processual, que vêm implementando este projeto a partir das microrrelações institucionais. O SUS está sendo leiloado, e a experiência das eCR é um retrato nítido da mercantilização da saúde pública no país.

3.2 O 1º Fórum Nacional de Trabalhadoras e Trabalhadores dos Consultórios na Rua

Apresentamos ao longo da construção deste trabalho, que o processo de pesquisa se deu de forma bastante orgânica e dialógica. A aproximação desta pesquisadora com as lutas e pautas relativas à PSR, se dá para além da presente pesquisa e se fez presente durante todo o processo de doutoramento. Era um desejo profissional e pessoal, promover um encontro entre as trabalhadoras e trabalhadores das ruas de todo o país, sobretudo que fosse possível alcançar as equipes pelo Brasil profundo, e poder capturar a pluralidade e diversidade do trabalho no “território rua”.

Para tanto, a pesquisadora realizou a articulação com profissionais de eCR de diferentes regiões do país para compor a organização do 1º Fórum Nacional de Trabalhadoras e Trabalhadores dos Consultórios na Rua. O evento *online* teve mais de 300 inscritos e as atividades chegaram ao número de 100 participantes síncronos. Foram 2 dias de atividades com palestras, rodas de conversa e oficinas, com a participação de trabalhadoras/es, gestoras/es, pesquisadoras/es, estudantes e do movimento social da PSR.

O evento foi pensando como parte desta pesquisa, e organizado pelo Grupo de Estudos QUAVISSS da UNESP, em parceria com o Departamento de Serviço Social e o Programa de Pós-graduação em Serviço Social da UNESP, a Universidade Federal da Bahia (UFBA), o Consultório na Rua de Franca, a Rede Nacional de Consultório na e de Rua e o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR).

Figura 7. Folder de divulgação do evento



Fonte: Site Unesp

Figura 8. Programação 1º Fórum Nacional

1º FÓRUM NACIONAL DE TRABALHADORAS E TRABALHADORES DO CONSULTÓRIO NA RUA

2ª CELEBRAÇÃO LUTAS E RESISTÊNCIAS: 10 ANOS DA ESTRATÉGIA CONSULTÓRIO NA RUA

PROGRAMAÇÃO

Dia - 30/08/2022

9h - 10h - Solenidade de Abertura - Atividade cultural

10h-11h30 - Celebração, Lutas e Resistências: 10 anos da Estratégia Consultório na Rua - homenagem ao Professor Dr. Antônio Nery Filho

- Elaine Teixeira Alves dos Santos - Assistente Social da Defensoria Pública do Estado de São Paulo e Doutoranda pesquisadora da Saúde da Pop-Rua.
- Prof. Dr. Antônio Nery Filho - Universidade Federal da Bahia
- Consultórios na Rua de Salvador

13h30-15h Mesa Redonda - O trabalho na perspectiva dos Direitos Humanos da PopRua

- Movimento Nacional da População em Situação de Rua - Darcy da Silva Costa.
- Núcleo de Cidadania e Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo - Defensora Dra. Fernanda Penteado Balera.
- Coletivo Div3erso - Universidade Federal de São Paulo.

15h - 15h30: Intervalo

15h30 - 17h Mesa Redonda - A Pop Rua no contexto da Pandemia de COVID-19

- Rede Nacional de Consultórios na Rua
- Caroline dos Santos Pereira - Doutoranda da ENSP/Fiocruz (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz em Saúde Pública)

Encerramento

Dia - 31/08/2022 **RODAS DE CONVERSA - SOCIALIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS**

Das 9h às 11h

Roda de Conversa 1 - A atuação do Consultório na Rua na perspectiva da Atenção Primária à Saúde
 Roda de Conversa 2 - Ensino, Pesquisa e Extensão
 Roda de Conversa 3 - O Serviço Social no Consultório na Rua
 Roda de Conversa 4 - Intersectorialidade nas Políticas Públicas
 Roda de Conversa 5 - Interseccionalidade: marcadores de raça, classe e gênero na PopRua

Das 13h às 15h

Roda de Conversa 1 - Abordagem Clínica no Consultório na Rua
 Roda de Conversa 2 - Envelhecer nas ruas
 Roda de Conversa 3 - O Papel dos Movimentos Sociais na defesa do SUS
 Roda de Conversa 4 - As infâncias no contexto da rua
 Roda de Conversa 5 - Cuidado em Saúde Mental na Rua

15h30 às 16h30

Oficina de cachimbo: redução de danos e crack
 Roda de encerramento

Fonte: Site Unesp

A partir da proposta do 1º. Fórum de Trabalhadoras e Trabalhadores dos Consultórios na Rua, decidimos pela realização de uma pesquisa de opinião, com objetivo de levantar dados sobre a realidade de quem atua no “território rua”. O formulário buscou apreender percepções sobre a organização do serviço, ações desenvolvidas, desafios do cotidiano

profissional e as especificidades do trabalho durante a pandemia da Covid-19.

A pesquisa desempenha um papel estratégico nesta investigação, pois fornece uma primeira compreensão das percepções e experiências das equipes e das realidades locais. Esses dados permitiram identificar desafios, possibilidades de atuação e lacunas no cotidiano profissional, funcionando como uma pré-análise que orienta a investigação de campo.

O desenvolvimento da pesquisa de opinião do 1º. Fórum, integrou tanto esta pesquisa de doutorado, quanto a pesquisa de mestrado de Neves (2023). Importante contextualizar que essa integração das 2 pós-graduandas, vai ao encontro da parceria entre o Grupo de Estudos QUAVISSS com o Grupo GEPAPÓS – Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Participação nas Políticas Sociais.

Esse levantamento inicial não apenas contextualiza a realidade das equipes, mas também fundamenta a análise subsequente da implementação da Estratégia Consultório na Rua, contribuindo para a construção de interpretações críticas sobre a organização, a articulação intersetorial e o enfrentamento das vulnerabilidades da população em situação de rua.

Conforme a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as pesquisas de opinião pública com participantes não identificados não demandam registro nem avaliação do sistema CEP/Conep (Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Dessa forma, na presente pesquisa de opinião, os participantes não foram identificados.

Figura 9 - Registro do 1º Fórum com a participação do Prof. Antônio Nery



Fonte: Acervo pessoal

Figura 10 - Registro do 1º Fórum com a participação do público



Fonte: Acervo pessoal

A pesquisa contou com a colaboração de 69 participantes entre estudantes, profissionais e docentes. Do total, 76,8% são da região Sudeste, 11,59% do Norte, 7,22% do Nordeste, 2,88% do Sul e 1,44% do Centro-Oeste.

A seguir, o gráfico mostra a participação majoritária de trabalhadoras/es (58%), e de estudantes (39%), sendo esse o objetivo central do Grupo QUAVISSS, fortalecer a integração da formação-trabalho no SUS, como podemos observar a seguir. A primeira parte do questionário foi voltado para o público geral do evento:

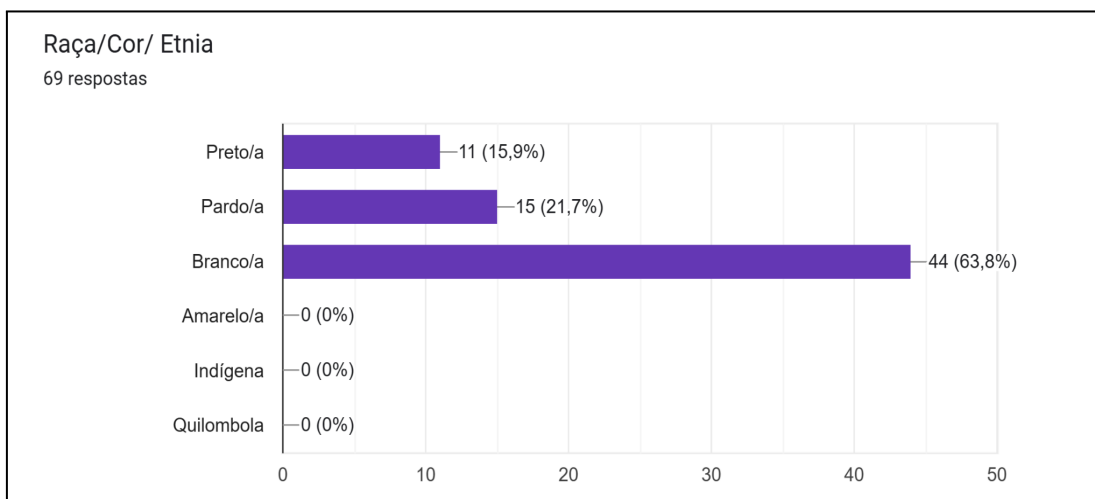
Tabela 3. Categoria de participantes do 1º. Fórum Nacional

Categoria participante		
Trabalhador(a) das Políticas Públicas	40	58%
Estudante de Graduação	14	20,3%
Estudante de Pós-Graduação	10	14,5%
Usuária/o da Política Pública	1	1,4%
Docente	6	8,7%
No momento não estou trabalhando	1	1,4%
Servidor Público	1	1,4%
Residente de Saúde Mental	3	4,2%
Abordagem social	1	1,4%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento (2022).

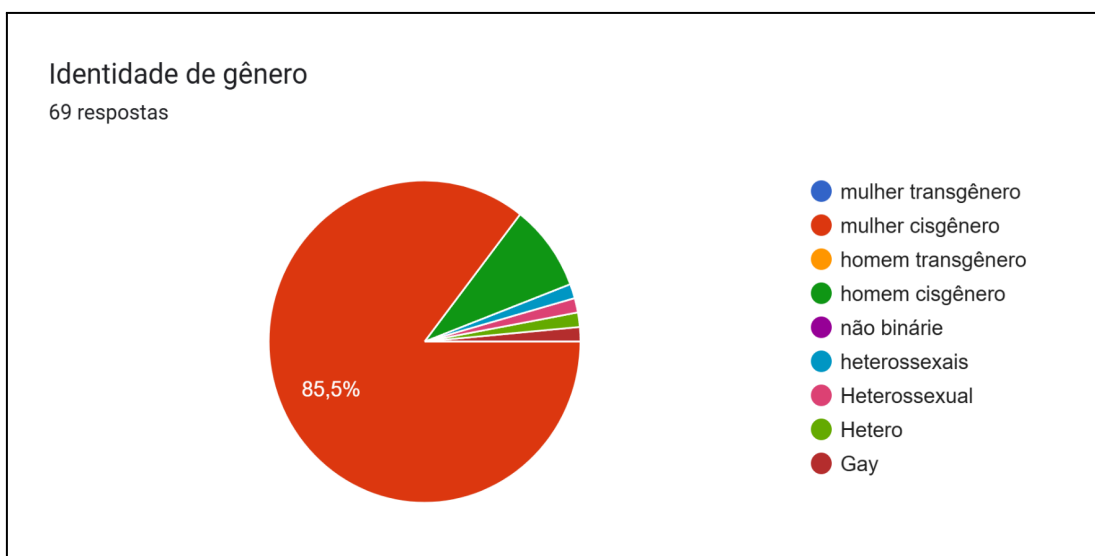
Em relação ao público geral, identidade de gênero e pertença racial, temos um grupo formado por maioria branca (63%), do gênero feminino (85%):

Gráfico 5 - Pertença Racial Questionário 1º Fórum



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

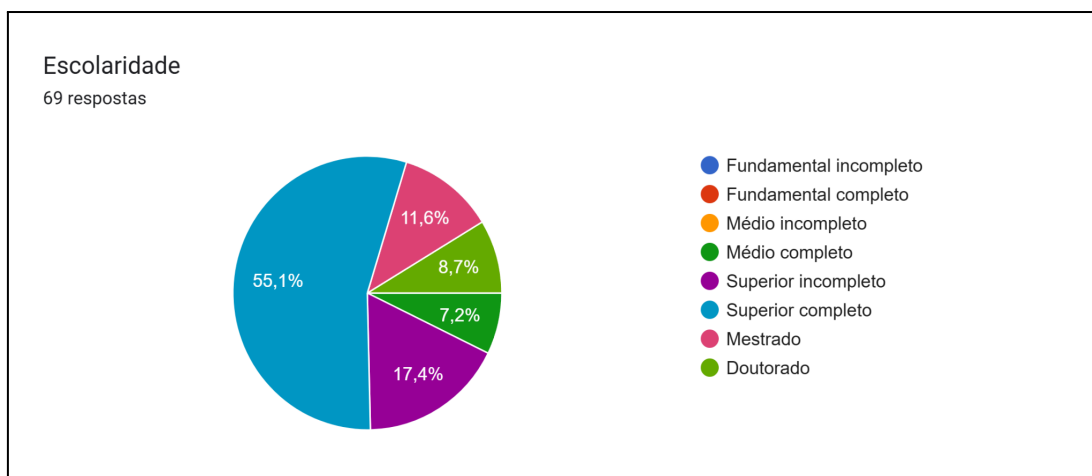
Gráfico 6. Identidade de gênero questionário 1º Fórum



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

Por se tratar de um grupo formado por profissionais de diferentes áreas e políticas públicas, notamos um grupo com onde a maioria possui graduação (55,1%) e pós-graduação (29%).

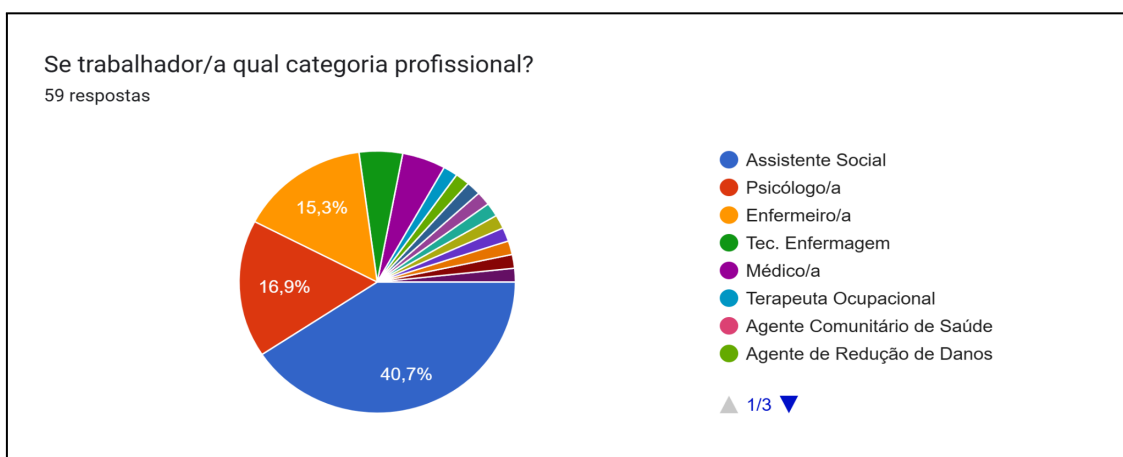
Gráfico 7 - Escolaridade - questionário 1º Fórum



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

Notamos um grupo bastante diverso entre os/as participantes do evento, contamos com trabalhadoras/es, estudantes, usuários e docentes. Sendo a maioria assistentes sociais, o que se explica pelo fato de se tratar de um evento do Serviço Social, mas também por se tratar de um profissional altamente requisitado para a atuação junto à PSR.

Gráfico 8. Categoria Profissional - questionário 1º Fórum



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

Observamos que as/os participantes têm uma percepção sobre o acesso à saúde, que expressa as dificuldades cotidianas que essa população enfrenta. Apenas 15% das participantes referem que a PSR é atendida facilmente nos serviços de saúde.

Os resultados indicam que, nos municípios onde existe a Estratégia Consultório na

Rua, a população é atendida pelo serviço, reafirmando a importância dessa estratégia. No entanto, 43,5% dos participantes afirmaram que ainda há dificuldades de acesso aos serviços de saúde, o que reflete as barreiras estruturais e o estigma que recaem sobre essa população.

Apenas 34,8% apontaram acesso aos serviços de saúde mental, o que demonstra o processo de negligência por parte da política de saúde mental, agravada pelas condições de vida nas ruas e pela privação de direitos fundamentais.

Observou-se também que 31,9% relataram que o atendimento ocorre, majoritariamente, em situações de urgência e emergência, confirmando dados do Censo de 2009, que já apontavam esse padrão. Apesar de avanços com a implantação dos Consultórios na Rua, a exclusão ainda é evidente: apenas 15,9% dos participantes identificaram facilidade de acesso à Atenção Básica, e 20,3% relataram acesso às especialidades médicas, dificultado por exigências de agendamento e organização incompatíveis com a realidade das ruas.

Por fim, 21,7% afirmaram que em seus municípios não há Estratégia de Consultório na Rua, o que contraria as Portarias nº 122 e 123/2012, que orientam a implantação dessas equipes conforme o porte populacional e a existência de pessoas em situação de rua.

Esses dados evidenciam avanços pontuais, mas também revelam a permanência de barreiras institucionais e territoriais, reafirmando a necessidade de fortalecer o princípio da universalidade e de ampliar o acesso efetivo dessa população aos serviços do SUS.

Tabela 4. Percepção sobre a Atenção à Saúde da Pop Rua - questionário 1º Fórum

Percepção sobre atenção à saúde da População em Situação de rua no seu município:		
Há Consultório de/na Rua e usuários são atendidos devidamente	43	62,3%
Não há estratégia de Consultório na Rua no meu município	15	21,7%
Atendido facilmente no Serviço de Saúde Primário: UBS e USF	11	15,9%
Geralmente é atendida nos serviços de Urgência e Emergência	22	31,9%
Tem acesso aos serviços especializados em Saúde Mental: CAPS	24	34,8%
Tem acesso às especialidades médicas	14	20,3%
Desconheço o acesso da PSR à política de saúde no município	3	4,3%
A PSR tem dificuldade de acessar os serviços de saúde	30	43,5%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

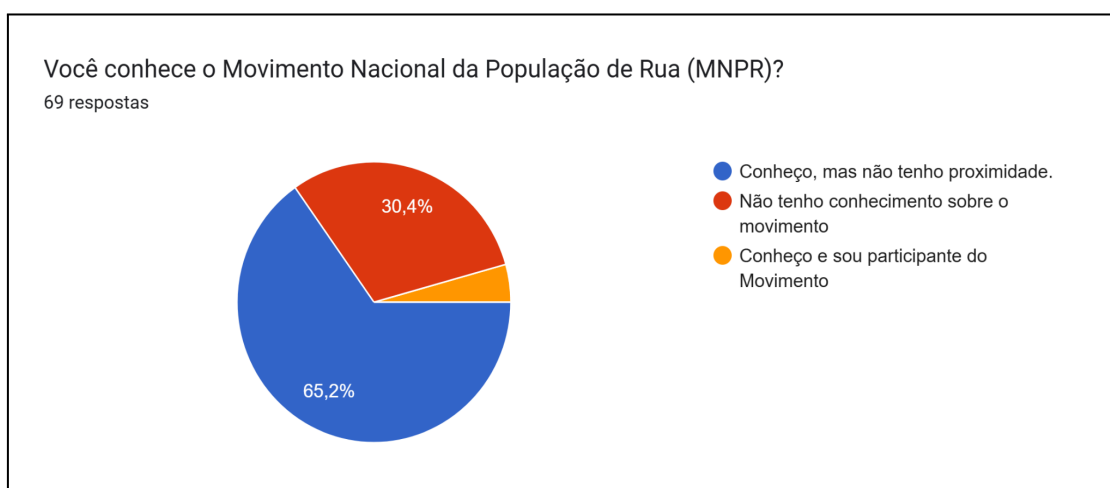
Tabela 5. Rede dos municípios - questionário 1º Fórum

Quais serviços da política para a PSR compõem a rede do seu município		
Serviços de acolhimento (Abrigo provisório/Casa de Passagem)	46	66,7%
Centro POP	46	66,7%
Serviço de Abordagem Social	41	59,4%
Consultório na rua	47	68,1%
Serviço de acolhimento em república	13	18,8%
Moradia Primeiro	6	8,7%
Desconheço a política para a PSR no meu município	5	7,2%
CREAS	1	1,4%
CRAS CREAS e Acolhimento Institucional	1	1,4%
Improvisado e indigno	1	1,4%
Aluguel social	1	1,4%
Nenhum	4	5,6%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

Este é um dado que evidencia o distanciamento do trabalho profissional na área da saúde, dos movimentos sociais, menos de 5% das/os participantes atuam junto aos Movimentos da Pop Rua. Este é um fato que explica, inclusive, a razão pela qual, neste mesmo evento, a atividade proposta para debater a centralidade do Movimento Social não teve nenhuma procura.

Gráfico 9 - Interface com os Movimentos Sociais - questionário 1º Fórum



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

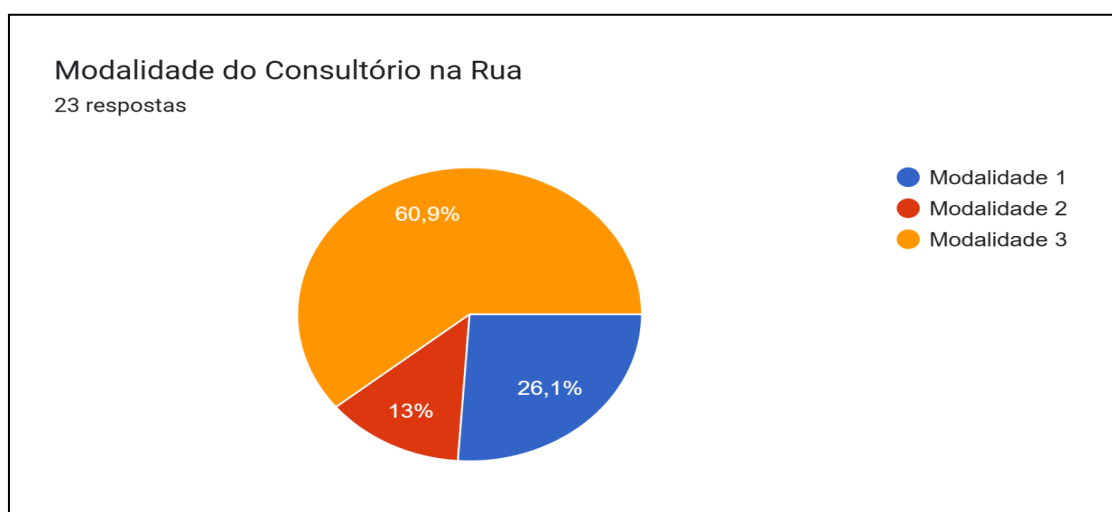
A segunda parte do formulário foi voltado às trabalhadoras/es dos Consultórios na Rua, e buscou apreender percepções sobre a organização do serviço, as ações desenvolvidas,

os desafios do cotidiano profissional e as especificidades do trabalho durante a pandemia da Covid-19.

Esta seção foi respondida por 23 trabalhadoras/es do Consultório na Rua. A maioria das participantes (86,9%) identificou-se como mulher cisgênero, enquanto 13,1% se declararam homem cisgênero. Observa-se uma predominância de respostas provenientes da região Sudeste (65,21%), com destaque para o estado de Minas Gerais. As regiões Norte e Nordeste apresentaram, cada uma, 13,4% das respostas, enquanto a região Sul totalizou 8,69%. Não houve participação de trabalhadoras/es da região Centro-Oeste.

Os dados indicam que 60,9% das/os participantes atuam em equipes de modalidade III, 26,1% na modalidade I e 13% na modalidade II. Conforme a Portaria nº 122/2012, as equipes se diferenciam pela composição multiprofissional, sendo que a modalidade III inclui a presença de profissional médico, o que amplia sua capacidade de resposta às demandas de maior complexidade.

Gráfico 10. Modalidade Cnr - Questionário 1º Fórum



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

A Portaria nº 122/2012 define as categorias profissionais que compõem as equipes de Consultório na Rua (eCRs). Dentre as funções mencionadas na pesquisa de opinião, apenas Arte Educador/a e Redutor/a de Danos não constam formalmente na referida normativa. Contudo, suas atribuições são contempladas nas funções dos Agentes Sociais, que incluem ações de redução de danos, atividades educativas e culturais. Essa diversidade de composições evidencia adaptações locais, nas quais as atribuições podem ser desmembradas ou concentradas conforme a realidade municipal, ao mesmo tempo em que podem representar

um risco à invisibilidade de profissionais como os redutores de danos, fundamentais à atuação junto às demandas de saúde da PSR.

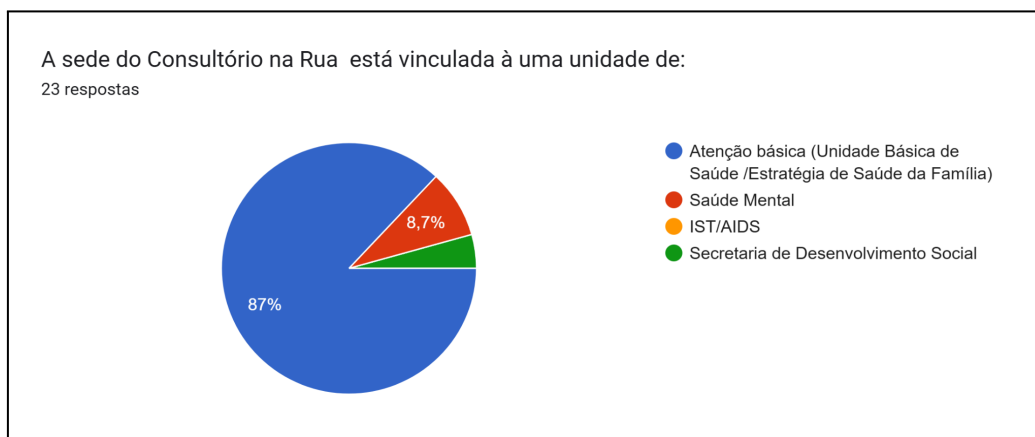
No que se refere à infraestrutura, 78,3% das(os) participantes relataram dispor de Unidade Móvel, recurso essencial para a efetividade do trabalho in loco junto à população em situação de rua, enquanto 21,7% indicaram a ausência desse equipamento. Cabe lembrar que, desde 2011, o Consultório na Rua integra a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), conforme Portaria nº 2.488/2011, desvinculando-se de sua antiga vinculação exclusiva à Saúde Mental e reafirmando sua inserção no campo da Atenção Primária à Saúde.

Gráfico 11 - Categorias profissionais Cnr - questionário 1º Fórum



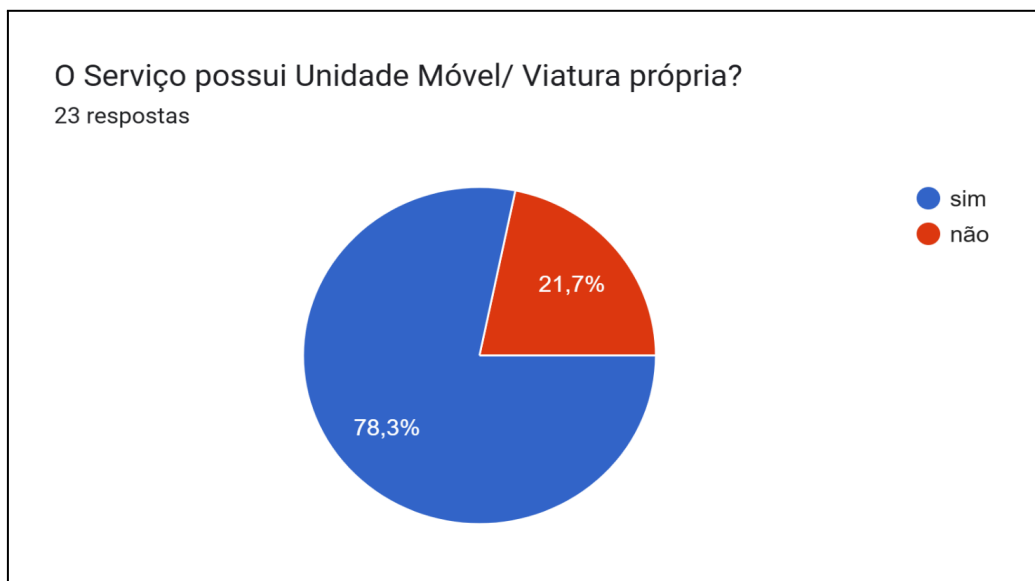
Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

Gráfico 12 - Sede Cnr - questionário 1º Fórum



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

Gráfico 13 - Viatura - questionário 1º Fórum



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

Os dados abaixo dão visibilidade à centralidade do trabalho de articulação, mas que se dão em sua maioria (78%) no interior das equipes, evidenciando os desafios de se construir ações de âmbito intersetorial.

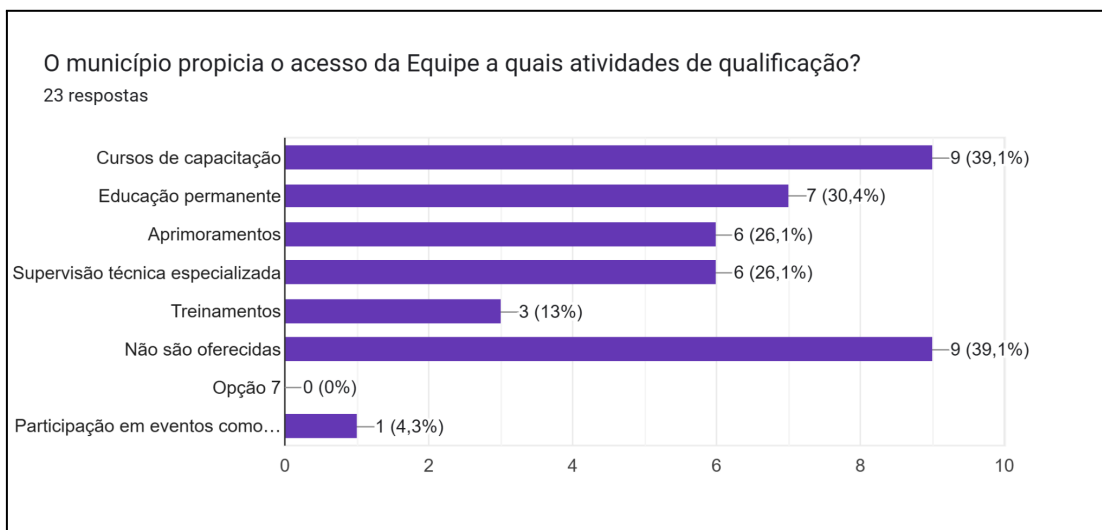
Acerca da educação permanente, o Gráfico 14 chama atenção o fato de que o maior percentual (39,1%) corresponde ao número de participantes que relataram não participar de nenhuma ação formativa em saúde.

Tabela 6. Ações de articulação - questionário 1º Fórum

Quais das ações de articulação a seguir a equipe de Consultório na Rua do que município que você atua desenvolve?		
Reuniões de equipe periódicas	18	78,3%
Reuniões de equipe sem periodicidade definida	7	30,4%
Reuniões de articulação com a Rede Intersetorial	17	73,9%
Reuniões com outros serviços de saúde	17	73,9%
Reuniões com gestores	9	39,1%
Não são realizadas ações de articulação	0	0%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento (2022)

Gráfico 14. Atividades de qualificação - questionário 1º Fórum

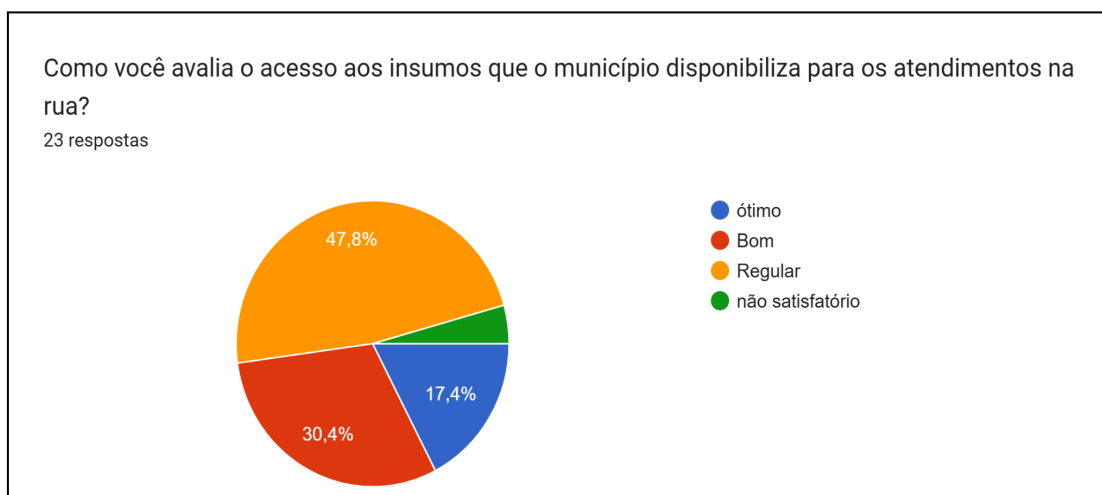


Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

Questionadas sobre o acesso à insumos e condições materiais para o desenvolvimento de práticas de Redução de Danos (RD), quase metade das participantes (Gráfico 15) avaliam como regular a disponibilidade de insumos.

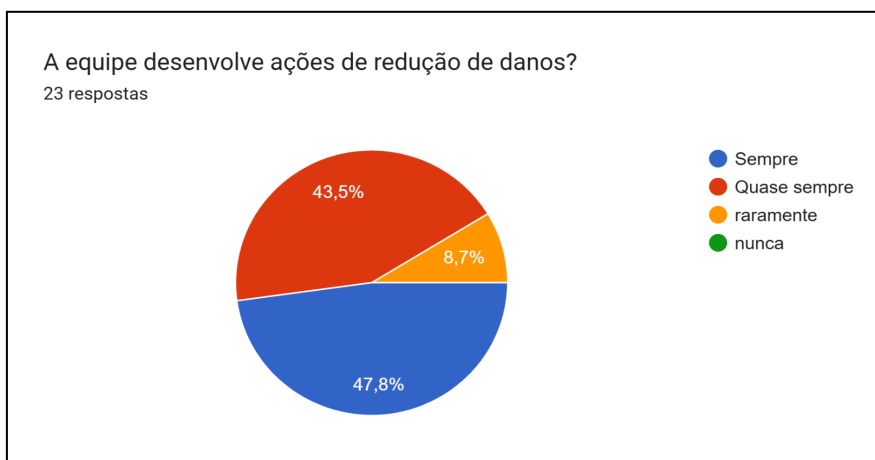
Observamos que a grande maioria desenvolvem ações de RD sempre (47,8%) ou quase sempre (43,5%), dados que expressam a compreensão da centralidade da RD na atenção à saúde da PSR pelos profissionais de Consultórios na Rua, porém ainda é muito limitado o acesso à insumos que viabilizem atuar na promoção de condições objetivas para um consumo de drogas mais seguro, reportado por apenas 8,7% das/os participantes.

Gráfico 15. Acesso à insumos - questionário 1º Fórum



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

Gráfico 16. Ações de RD - questionário 1º Fórum



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

Tabela 7. Redução de Danos - questionário 1º Fórum

A equipe faz distribuição de insumos de redução de danos?		
Material para o consumo individual de drogas	2	8,7%
Protetor Solar	6	26,1%
Protetor Labial	3	13%
Água	10	43,5%
Alimentos	8	34,8%
Insumos de prevenção às ISTS/AIDS	21	91,3%
Não distribuimos insumos	0	0%
Cloreto de sódio	1	4,3%
Insumos de higiene pessoal	5	21,5%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento (2022)

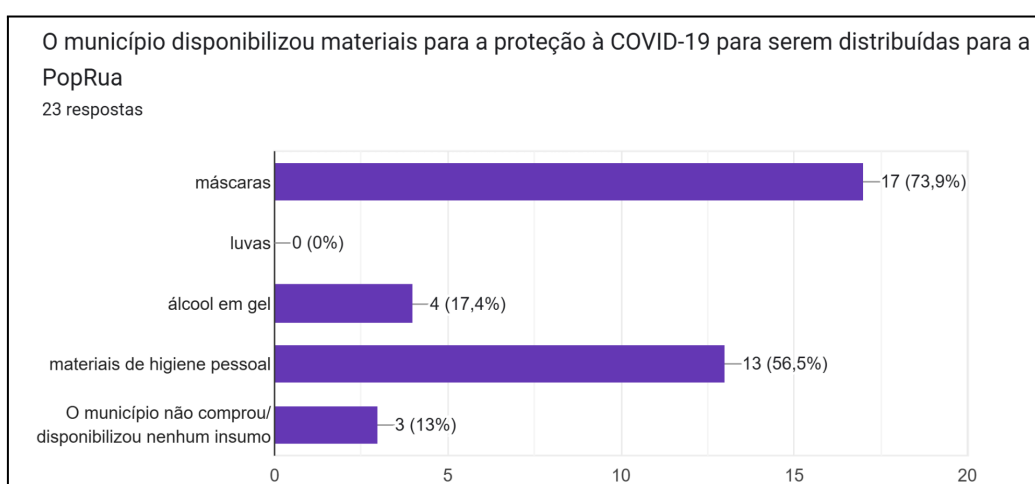
A pandemia da Covid-19 evidenciou os desafios enfrentados pelas equipes de saúde que atuam junto à PSR. A pesquisa de opinião, nesse contexto, expõe as lacunas deixadas por políticas negacionistas que comprometeram significativamente tanto a atuação profissional, quanto a garantia de direitos básicos da população usuária. Para as equipes do Consultório na Rua, essas lacunas se materializaram em condições ainda mais críticas de trabalho, diante da necessidade de oferecer cuidados em um cenário marcado por ausência de recursos, restrições de mobilidade e riscos elevados à saúde.

Os dados corroboram com a análise de que a atuação das eCRs não se restringe à prestação de serviços de saúde, mas se constitui em um componente estratégico de mitigação das desigualdades sociais e sanitárias, atuando como mediadora entre políticas públicas

insuficientes e a população mais vulnerabilizada. O contexto pandêmico, portanto, não apenas intensificou as desigualdades pré-existentes, mas também evidenciou a centralidade do trabalho intersetorial das equipes na promoção da saúde e sobrevivência da população em situação de rua.

Acerca dos insumos de proteção disponíveis para a PSR, observa-se que os profissionais não dispunham de todos os recursos necessários para a oferta de um cuidado que priorizasse a proteção da população atendida e a saúde das/dos trabalhadoras/es.

Gráfico 17. Materiais de proteção COVID - questionário 1º Fórum



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

A população em situação de rua foi incluída pelo Ministério da Saúde como grupo prioritário na vacinação contra a Covid-19, porém a estimativa inicial estava aquém da realidade, resultando na vacinação conforme o calendário geral em muitos municípios.

As equipes de Consultório na Rua desempenharam papel central, com 82,6% das/os participantes relatando a vacinação da população in loco. Além disso, 91,3% perceberam aumento do número de pessoas em situação de rua durante a pandemia, evidenciando a intensificação do fenômeno no período analisado.

Tabela 8. Como foi realizada a vacinação na pandemia - questionário 1º Fórum

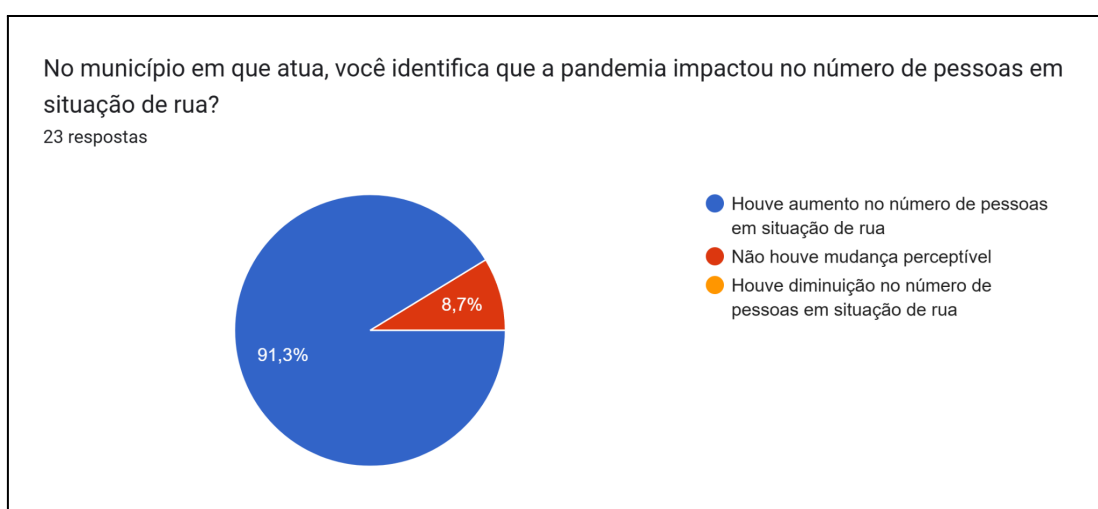
Como foi realizada a Vacinação da PSR em seu Município?		
O Consultório na Rua conseguiu realizar a vacinação in loco	19	82,6%
Foi realizada em unidade de referência específica para a PSR	1	4,3%
A PSR foi grupo prioritário no calendário de vacinação	5	21,7%
A equipe de Consultório na Rua não dispôs de profissionais e insumos adequados para vacinar in loco	2	8,7%
Foi realizada nos Serviços de Acolhimento	9	39,1%
A PSR foi vacinada conforme calendário de vacinação do público geral	5	21,7%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento (2022)

As/os participantes foram convidados a compartilhar suas percepções sobre os impactos da pandemia, para 91% das participantes houve aumento pessoas em situação de rua, e para além deste dado, as participantes apontaram outros desdobramentos como os impactos para o mundo do trabalho (69,6%), aumento de famílias (47,8%), crianças e adolescentes (34,8%).

Sobre as dificuldades encontradas, chama a atenção o dado que a pesquisa retorna em que nenhuma das participantes relatam não haver nenhum problema (Tabela 10).

Gráfico 18. Impacto da pandemia na Pop Rua - questionário 1º Fórum



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento, extraído do Google forms (2022)

Tabela 9. Quais impactos - questionário 1º Fórum

Quais os impactos da Pandemia para a PSR no seu município?		
Aumento de pessoas em situação de rua	20	87%
Desemprego de trabalhadores informais ou formais que passaram a utilizar a rua como espaço de sobrevivência	16	69,6%
Aumento de crianças e adolescentes em situação de rua	8	34,8%
Aumento das desigualdades sociais	16	69,6%
Famílias em situação de rua	11	47,8%
Aumento de idosos em situação de rua	6	26,1%
Não identifiquei nenhum impacto significativo	2	8,7%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento (2022)

Tabela 10. Principais dificuldades - questionário 1º Fórum

Principais dificuldade encontradas e/ou vivenciadas no cotidiano de trabalho do Consultório na Rua		
Falta de insumos para trabalhar na perspectiva de redução de danos	13	56,5%
Ausência de Unidade Móvel/ Viatura para atendimentos in loco	5	21,7%
Equipe reduzida	14	60,9%
Falta de estrutura adequada para desenvolver o trabalho	9	39,1%
Contexto do tráfico de drogas/criminalização do uso	7	30,4%
Dificuldades em encaminhar p/ outros serviços de saúde (especialidades)	12	52,2%
Dificuldades intersetoriais com outras políticas (Educação, Saúde etc.)	8	34,8%
Lidar com preconceito/violência com a PSR e a própria equipe	15	65,2%
A PSR ter seus direitos negados por falta de documentação	18	78,3%
Não são identificadas dificuldades	0	0%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no evento (2022)

A pesquisa realizada no 1º Fórum de trabalhadoras e trabalhadores dos Consultórios na Rua, constituiu a primeira aproximação com a realidade nos diferentes territórios, oferecendo uma compreensão preliminar das dificuldades enfrentadas no cotidiano profissional. Essa etapa permitiu identificar questões a serem aprofundadas na pesquisa de campo e captou, em tempo real, o impacto da pandemia de Covid-19 sobre a população em situação de rua e sobre os profissionais que a atendem.

Os dados evidenciam que os desafios observados no estado de São Paulo também eram compartilhados em outras regiões do país, indicando que as limitações institucionais, a negligência do Estado e os desafios de se produzir saúde em tempos pandêmicos junto à PSR foram sentidos Brasil afora. Além disso, a participação ativa das/os profissionais no evento

online demonstra a busca por articulação entre pares e pelo desenvolvimento de estratégias coletivas de enfrentamento da crise sanitária.

A partir dessa compreensão preliminar, torna-se possível avançar para a análise dos dados coletados na pesquisa de campo, focalizando a implementação da Estratégia Consultório na Rua no âmbito da Atenção Básica e avaliando os mecanismos de organização, articulação e resposta aos desafios do cotidiano profissional.

3.3 Um retrato dos Consultórios na Rua

Apresentamos, nesta etapa da pesquisa, dados que buscam apresentar um retrato dos Consultórios na rua a partir da perspectiva das/dos participantes da pesquisa de campo, realizada junto à assistentes sociais dos Consultórios na Rua no Brasil.

Para a compreensão da organização da estratégia no território nacional, os dados a seguir, coletados das bases do Ministério da Saúde/ Coordenadoria de Acesso e Equidade do Ministério da Saúde (CAEQ), apresentam um panorama da estratégia até abril do ano corrente. Com um total de 289 equipes de Consultórios na Rua habilitadas no Brasil.

Tabela 11. Número de Equipes de Consultórios na Rua no Brasil até abril/2025

	Número eCR	Profissionais	Média de profissionais por eCR
AC	2	12	6,0
AL	6	51	8,5
AM	6	49	8,2
AP	4	22	5,5
BA	19	151	7,9
CE	8	74	9,3
DF	5	63	12,6
ES	6	51	8,5
GO	8	77	9,6
MA	13	78	6,0
MG	30	222	7,4
MS	5	38	7,6
MT	4	26	6,5
PA	8	59	7,4
PB	8	77	9,6
PE	10	74	7,4
PI	3	28	9,3
PR	7	59	8,4
RJ	40	324	8,1

RN	5	32	6,4
RO	1	9	9,0
RR	2	15	7,5
RS	11	88	8,0
SC	8	45	5,6
SE	2	18	9,0
SP	66	1113	16,9
TO	2	10	5,0
Total Geral	289	2865	9,9

Fonte: Ministério da Saúde/CAEQ, 2025

Tabela 12 - Equipes de Consultório na Rua por Município até abril/2025

Região	UF/Município	nº eCR
CENTRO-OESTE (n=30)	DISTRITO FEDERAL	8
	Brasília	8
	GOIÁS	13
	Anápolis	2
	Aparecida de Goiânia	2
	Catalão	1
	Goiânia	3
	Itumbiara	1
	Luziânia	1
	Novo Gama	1
	Rio Verde	1
	Trindade	1
	MATO GROSSO	4
	Cuiabá	2
	Primavera do Leste	1
	Várzea Grande	1
	MATO GROSSO DO SUL	5
	Campo Grande	2
	Corumbá	1
	Ponta Porã	1
	Três Lagoas	1
NORDESTE (n=94)	ALAGOAS	7
	Maceió	6
	Rio Largo	1
	BAHIA	26
	Barreiras	1
	Bom Jesus da Lapa	1
	Camaçari	1

	Conceição do Coité	1
	Entre Rios	1
	Eunápolis	1
	Feira de Santana	3
	Ilhéus	1
	Itabuna	1
	Juazeiro	2
	Lauro de Freitas	1
	Luís Eduardo Magalhães	1
	Piatã	1
	Porto Seguro	1
	Prado	1
	Salvador	5
	Serra Preta	1
	Teixeira de Freitas	1
	Vitória da Conquista	1
	CEARÁ	11
	Fortaleza	6
	Juazeiro do Norte	2
	Monsenhor Tabosa	1
	Sobral	1
	Tianguá	1
	MARANHÃO	14
	Açailândia	1
	Bacabal	1
	Barra do Corda	1
	Carolina	1
	Caxias	1
	Central do Maranhão	1
	Conceição do Lago-Açu	1
	Imperatriz	1
	Lago do Junco	1
	Presidente Dutra	1
	Raposa	1
	São Luís	2
	Timon	1
	PARAÍBA	12
	Cajazeiras	1
	Campina Grande	2
	Igaracy	1
	João Pessoa	6

	Patos	1
	Santa Rita	1
	PERNAMBUCO	12
	Abreu e Lima	1
	Camaragibe	1
	Garanhuns	1
	Olinda	1
	Paulista	1
	Petrolina	1
	Recife	5
	Vitória de Santo Antão	1
	PIAUÍ	4
	Piripiri	1
	São Braz do Piauí	1
	Teresina	2
	RIO GRANDE DO NORTE	6
	João Câmara	1
	Mossoró	1
	Natal	3
	Parnamirim	1
	SERGIPE	2
	Aracaju	2
NORTE (n=31)	ACRE	2
	Cruzeiro do Sul	1
	Rio Branco	1
	AMAPÁ	4
	Macapá	4
	AMAZONAS	9
	Careiro	1
	Coari	1
	Fonte Boa	1
	Iranduba	1
	Jutaí	1
	Manacapuru	2
	Manaus	2
	PARÁ	10
	Ananindeua	1
	Belém	4
	Bragança	1
	Marituba	1
	Paragominas	1

	Santarém	2
	RONDÔNIA	1
	Porto Velho	1
	RORAIMA	3
	Boa Vista	2
	Pacaraima	1
	TOCANTINS	2
	Araguaína	1
	Palmas	1
SUDESTE (n=171)	ESPÍRITO SANTO	10
	Aracruz	1
	Cachoeiro de Itapemirim	1
	Cariacica	1
	Linhares	1
	São Mateus	1
	Serra	1
	Vila Velha	2
	Vitória	2
	MINAS GERAIS	32
	Barbacena	1
	Belo Horizonte	8
	Boa Esperança	1
	Contagem	1
	Divinópolis	1
	Governador Valadares	1
	Ibirité	1
	Ipatinga	1
	Janaúba	1
	Juiz de Fora	2
	Montes Claros	2
	Muriaé	1
	Passos	1
	Patos de Minas	1
	Poços de Caldas	1
	Pouso Alegre	1
	São Lourenço	1
	Sete Lagoas	1
	Teófilo Otoni	2
	Ubá	1
	Uberaba	1
	Uberlândia	1

	RIO DE JANEIRO	41
	Angra dos Reis	1
	Barra do Piraí	1
	Barra Mansa	1
	Belford Roxo	1
	Cabo Frio	1
	Campos dos Goytacazes	1
	Duque de Caxias	1
	Itaboraí	1
	Itaperuna	1
	Japeri	1
	Macaé	1
	Magé	2
	Maricá	1
	Mesquita	1
	Niterói	2
	Nova Friburgo	1
	Nova Iguaçu	2
	Petrópolis	1
	Resende	1
	Rio de Janeiro	14
	São Gonçalo	1
	São João de Meriti	1
	Teresópolis	1
	Três Rios	1
	Volta Redonda	1
	SÃO PAULO	88
	Araçatuba	1
	Araraquara	1
	Araras	1
	Assis	1
	Atibaia	1
	Barueri	1
	Bauru	1
	Botucatu	1
	Campinas	3
	Carapicuíba	1
	Catanduva	1
	Diadema	1
	Embu das Artes	1
	Franca	1

	Francisco Morato	1
	Franco da Rocha	1
	Guarujá	1
	Guarulhos	1
	Itapetininga	1
	Jacareí	1
	Jundiaí	1
	Marília	1
	Mauá	1
	Mogi das Cruzes	1
	Osasco	2
	Paulínia	1
	Piracicaba	2
	Praia Grande	1
	Registro	1
	Ribeirão Preto	2
	São Bernardo do Campo	1
	São Carlos	1
	São José do Rio Preto	2
	São Paulo	40
	São Vicente	1
	Santo André	1
	Santos	1
	Sorocaba	1
	Suzano	1
	Taboão da Serra	1
	Tatuí	1
	Taubaté	1
	Votorantim	1
SUL (n=33)	PARANÁ	11
	Araucária	1
	Cascavel	1
	Curitiba	3
	Foz do Iguaçu	1
	Londrina	2
	Maringá	1
	Ponta Grossa	1
	São José dos Pinhais	1
	RIO GRANDE DO SUL	13
	Canoas	1
	Caxias do Sul	1

	Novo Hamburgo	1
	Pelotas	1
	Porto Alegre	5
	Rio Grande	1
	São Leopoldo	1
	Uruguaiana	1
	Viamão	1
	SANTA CATARINA	9
	Biguaçu	1
	Blumenau	1
	Brusque	1
	Criciúma	1
	Florianópolis	2
	Itajaí	1
	Joinville	1
	Palhoça	1
	Total Geral	359

Fonte: Ministério da Saúde/CAEQ, 2025

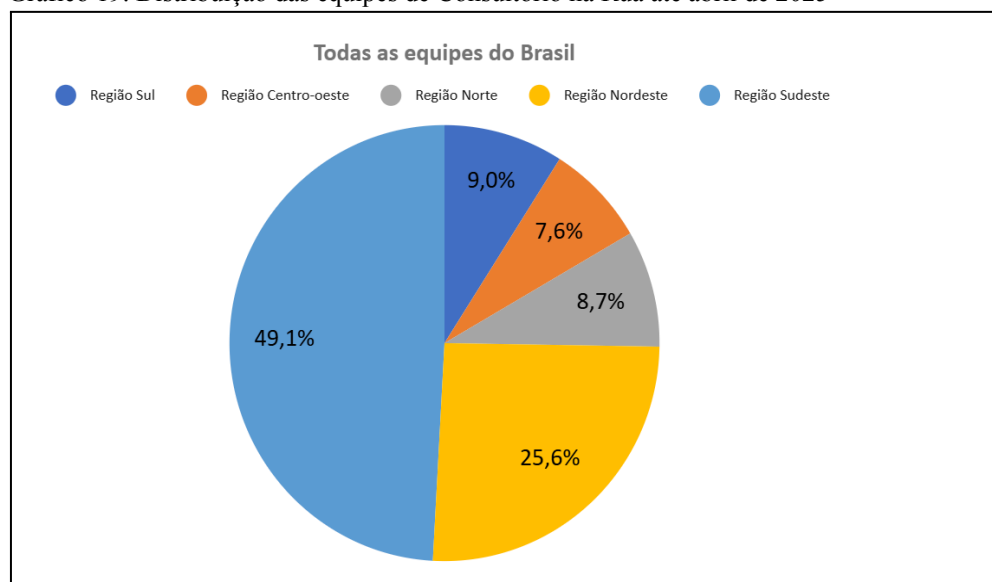
Tabela 13. Modalidades Habilitadas por estado até abril/2025

UF	mod1	mod3	mod2	total
AC	2	0	0	2
AL	1	5	0	6
AM	4	2	0	6
AP	3	1	0	4
BA	5	11	3	19
CE	2	6	0	8
DF	0	5	0	5
ES	4	1	1	6
GO	4	2	2	8
MA	10	2	1	13
MG	13	15	2	30
MS	1	4	0	5
MT	3	1	0	4
PA	6	2	0	8
PB	3	5	0	8
PE	5	4	1	10
PI	1	2	0	3
PR	3	4	0	7
RJ	14	24	2	40

RN	4	0	1	5
RO	0	1	0	1
RR	0	2	0	2
RS	5	5	1	11
SC	8	0	0	8
SE	0	2	0	2
SP	12	51	3	66
TO	2	0	0	2
Total	115	157	17	289

Fonte: Ministério da Saúde/CAEQ, 2025

Gráfico 19. Distribuição das equipes de Consultório na Rua até abril de 2025

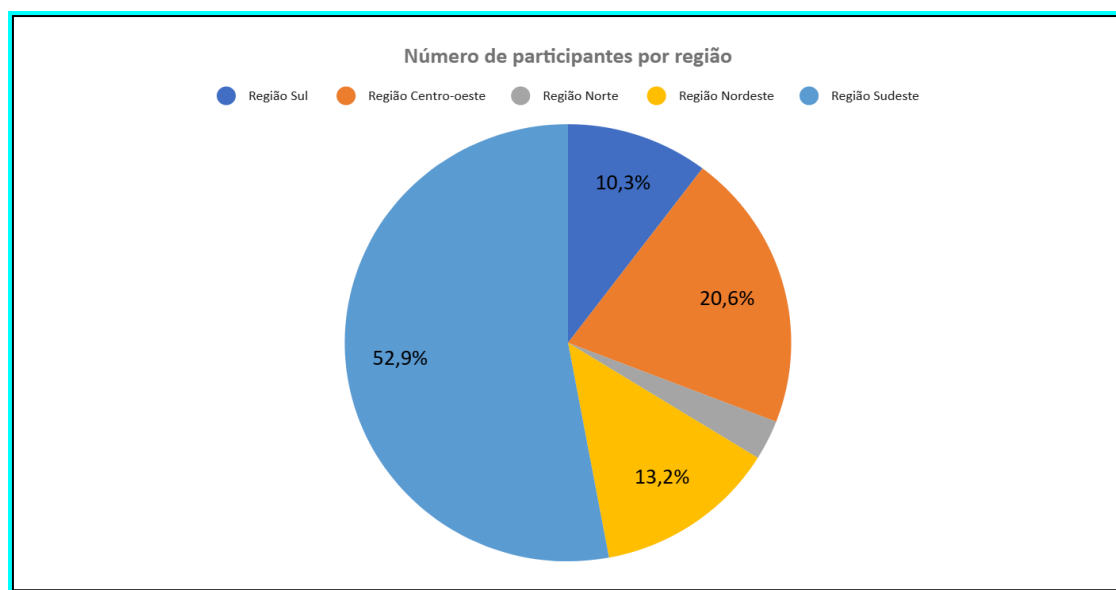


Fonte: Elaborado pela autora, extraído das bases de dados do Ministério da Saúde/CAEQ, 2025

Esta etapa da pesquisa se dedicou a conhecer um pouco da realidade das equipes de Consultórios na Rua pela ótica das/os profissionais de Serviço Social no que diz respeito às equipes em que estão inseridas/os e suas especificidades territoriais. Participaram 68 assistentes sociais que atuam ou atuaram com a saúde da PSR nos Consultórios na Rua de todas as regiões do país, que contribuíram para compreensão de como se dá a nossa inserção na referida estratégia. Os dados que apresentaremos a seguir foram extraídos da pesquisa realizada junto às assistentes sociais trabalhadoras/es dos Consultórios na Rua de todo o país. Contamos com participantes de todas as regiões. Foram 17 estados e Distrito Federal: Bahia, Alagoas, Rio Grande do Norte, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Maranhão, Paraná, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso do Sul, Amapá, Pará, São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro.

Houve uma participação em maior número de profissionais da região sudeste (52,9%), mas destaco o engajamento das/os profissionais da região centro-oeste que também participaram em um percentual bastante considerável (20,6%), como podemos observar no gráfico abaixo:

Gráfico 20. Distribuição das equipes de Consultório na Rua que participaram desta pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora, extraído da pesquisa de campo, 2024.

O dado acerca do ano de inauguração evidencia um processo contínuo de implementação, demonstrando que se trata de uma estratégia recente, em pleno processo de avanço. Compreende-se que o contínuo processo de novas habilitações dos municípios pela estratégia, expõe a urgência de apresentar respostas às complexidades que envolvem as questões referentes à saúde da população em situação de rua.

Podemos observar um grande número de novas eCR em 2011, que marca o início da estratégia, até 2014. Este período é marcado pelo Programa “Crack é possível vencer” do Ministério da Justiça, que promoveu o incentivo de um “kit” de serviços com o intuito de “combater” o tráfico de drogas. O referido Programa foi descontinuado em 2015, onde podemos observar no gráfico abaixo, uma queda no número de implantação de novas equipes a partir deste ano. O Programa “Crack é Possível Vencer”, previa a articulação de diversas políticas e consistia em um incentivo financeiro para a implantação do Consultório na Rua, no âmbito do SUS, do Centro Pop, no âmbito da Política de Assistência Social, e de unidades móveis da Guarda Civil Municipal na Segurança Pública, e todas essas políticas deveriam

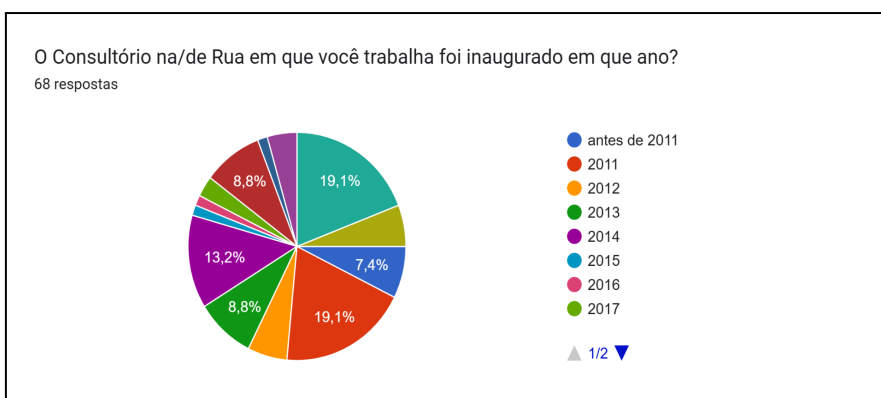
executar ações articuladas de prevenção e cuidado às pessoas em uso nocivo de substâncias psicoativas e combate ao tráfico de drogas. O Programa previa a articulação dos eixos “Cuidado”, “Prevenção” e “Autoridade”.

As avaliações acerca do referido Programa, apontaram para a sua ineficiência, uma vez que as ações intersetoriais não avançaram, sobretudo nos eixos de prevenção que deveriam ocorrer alinhadas à política de Educação, nos territórios e no fortalecimento das comunidades.

O Programa liderado pelo Ministério da Justiça evidenciou o teor punitivista que expressa uma política de combate às drogas que mira, na verdade, nos corpos socialmente marcados para serem alvo deste tipo de ação. Marcado por um discurso higienista, promoveu a inserção do aparato policial no seio das comunidades, com um sistema de monitoramento que cumpriu uma função bastante expressa de controle dos corpos periféricos. O Programa serviu à lógica de um Estado que opera pela violência e pelo medo, a partir de uma perspectiva de territórios criminalizados, produzindo morte material e simbólica, que esvazia as periferias de suas potencialidades, possibilidades e perspectivas.

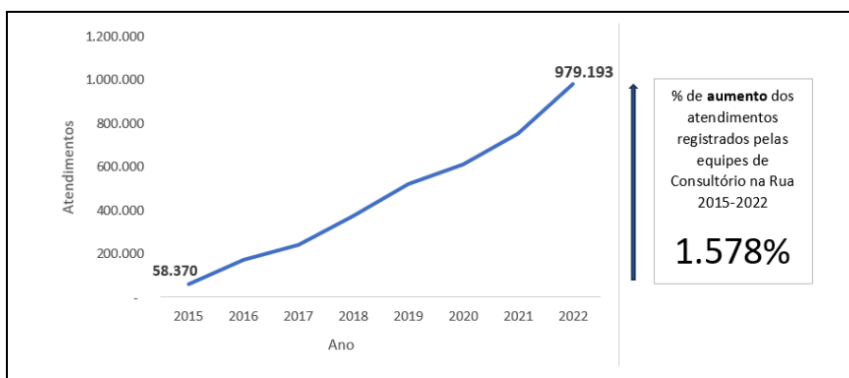
Abaixo, o gráfico indica o ano de inauguração dos Consultórios na Rua em que atuam as participantes, na sequência (gráfico 21), o crescimento no número de atendimentos, que expressa a expansão da estratégia no país, segundo dados extraídos do Sistema de Informações da Atenção Básica (SISAB).

Gráfico 21. Ano de inauguração dos Consultórios na Rua



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms, 2024

Gráfico 22. Número total de atendimentos registrados pelas equipes de 2015 a 2022



Fonte: SISAB, 2022

Acerca das modalidades pactuadas, observamos no dado abaixo, que a grande maioria das equipes são pactuadas na modalidade III, que são os serviços mais completos, com maior diversidade de profissionais, porém este dado não foi coletado sem intencionalidade, uma vez que esta pesquisadora atuou em um Consultório na Rua por quase 1 década, e foram raras as vezes em que atuamos com a equipe completa.

E esta experiência profissional se replica e se confirma a partir dos dados desta pesquisa, uma vez que mais de 67% das participantes atuam em equipes de modalidade III, o que também se expressa no quantitativo de equipes implantadas que em sua maioria são da mesma modalidade, mas a realidade que se apresenta no gráfico subsequente evidencia a precarização da política pública, uma vez que apenas 39% das participantes referem contar com a equipe completa nos Consultórios em que atuam.

Porém, um dado é ainda mais preocupante, segundo a avaliação das participantes, quase 30% trabalham com equipes tão reduzidas a ponto de interferir na oferta e na qualidade do serviço prestado. Entendemos que esvaziar os serviços de condições materiais para a execução do trabalho também é projeto, que demarca a perspectiva neoliberal que avança minimizando a atuação do Estado em relação às Políticas Sociais, a serviço dos interesses do mercado. Considerando ainda que se trata de uma política para pessoas em situação de rua, podemos chegar à conclusão de que há um verdadeiro ataque à continuidade e manutenção da estratégia das equipes de Consultório na Rua.

Ambos os dados, referentes às modalidades pactuadas no Brasil (modalidade 1:

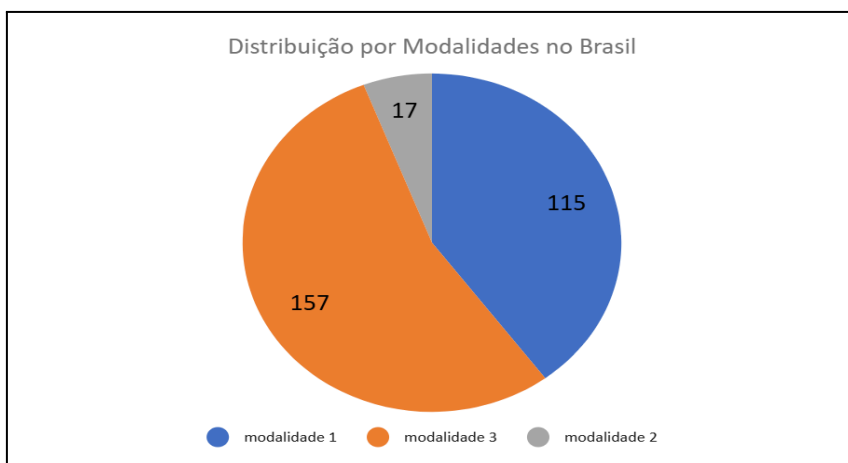
54,3%; modalidade 2: 5,9%; modalidade 3: 39,8%) , quanto nas modalidades presentes nos serviços em que as/os participantes atuam, evidenciam que a maioria das equipes são da modalidade mais completa, porém a pesquisa evidencia que ter equipes mais completas habilitadas não é garantia de que as equipes de fato funcionem com um quantitativo adequado de profissionais para atender minimamente as questões referentes à saúde da PSR do território.

Modalidade I – equipe formada minimamente por 4 (quatro) profissionais.

Modalidade II – equipe formada minimamente por 6 (seis) profissionais.

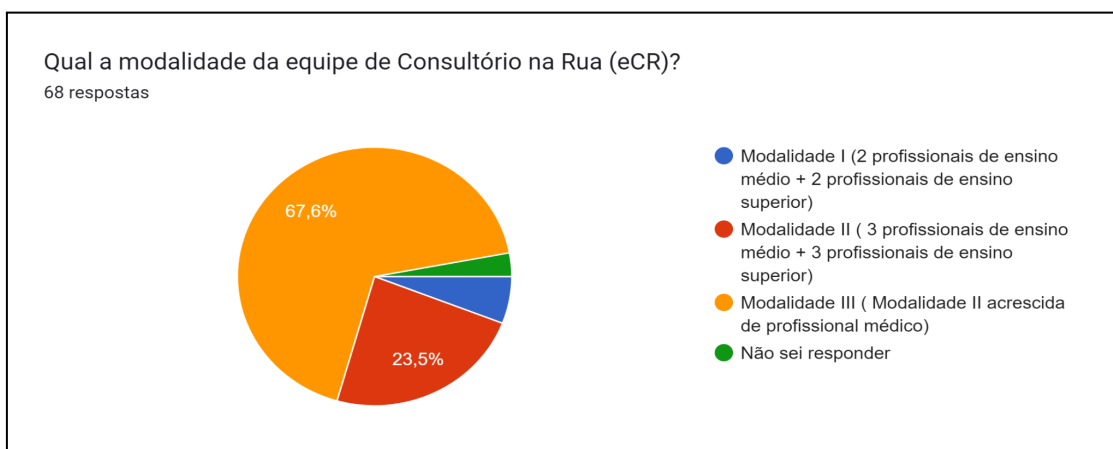
Modalidade III – equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

Gráfico 23. Modalidades Habilitadas no Brasil



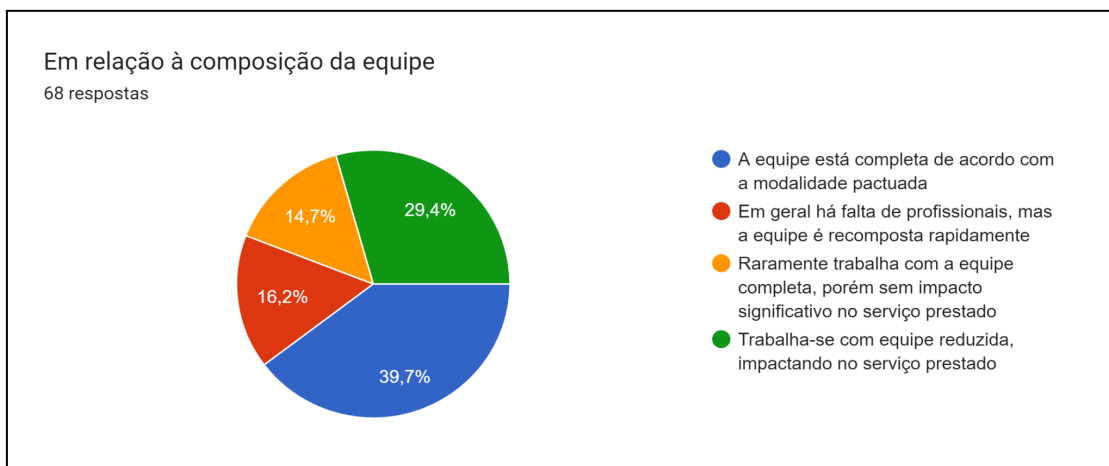
Fonte: Ministério da Saúde, 2025

Gráfico 24. Modalidades habilitadas - pesquisa de campo



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms, 2024

Gráfico 25. Composição da equipe - pesquisa de campo



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms, 2024

A pesquisa buscou conhecer também como a política se estabelece nos territórios. O dado a seguir diz respeito à administração dos Consultórios na Rua pelo Brasil. E esse é um dado perceptível empiricamente, que esta pesquisa confirma, com um dado bastante preocupante, em que os serviços da Administração Direta não chegam a 50% das equipes em que as participantes atuam.

Considerando que o Consultório na Rua é um serviço de saúde que lida com uma demanda absolutamente complexa, é muito importante pensar sobre o impacto que serviços terceirizados, “parceirizados”, que são os termos que apareceram na pesquisa, podem causar na qualidade do serviço prestado e na continuidade dos atendimentos. O dado que a pesquisa retorna, evidencia um projeto político em curso e absolutamente alinhado com a perspectiva neoliberal que esvazia os serviços públicos, e os substituem por uma lógica individualista. É um dado preocupante, uma vez que expressa um projeto de um SUS privatizado e entregue à lógica mercadológica.

É fundamental que consigamos fazer uma retomada histórica deste dado considerando que o SUS, em sua gênese, nasce de uma grande disputa de projetos, que expressam também uma disputa de poder no âmbito da sociedade. No período de redemocratização havia muitos movimentos se organizando para garantir que a saúde pública no Brasil expressasse os seus próprios projetos. Podemos destacar a disputa entre o projeto sanitarista, que previa um SUS

público estatal, e um projeto privatista, representado pelas grandes corporações, hospitais e organismos internacionais. E, no avanço desse debate, o SUS configura uma grande vitória do projeto sanitarista e dos movimentos sociais. Porém, o projeto privatista conseguiu garantir a sua fatia do bolo, quando o texto constitucional garante à iniciativa privada a possibilidade de atuar em complementação ao SUS. Era a brecha que o projeto privatista precisava para garantir o avanço do seu projeto no âmbito da saúde pública no Brasil.

É possível observar que o avanço do poder político e de gestão das Organizações da Sociedade Civil (OSC), é a expressão do projeto neoliberal e uma estratégia que escamoteia o seu verdadeiro propósito, por um longo período não nos atentamos que o SUS já estava à venda e servindo a uma lógica de mercado, mas agora pela via da filantropia. Porém, a realidade facilmente constatada por meio dos contratos e licitações públicas, é que essas instituições lucram muito e conseguem cooptar parte importante do orçamento do SUS e traz uma série de consequências para a qualidade do serviço prestado.

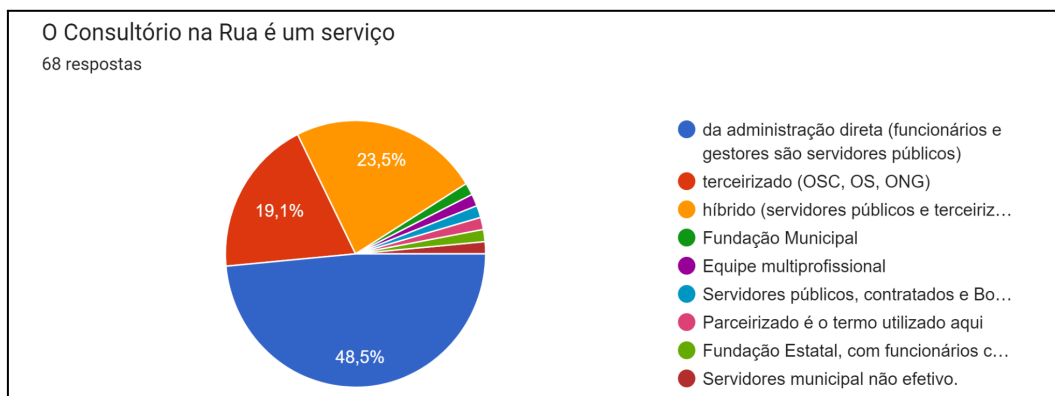
Faço destaque para alguns desses impactos. O primeiro deles está relacionado à fragilização do serviço ofertado. Em geral, são equipes que trabalham com menos recursos humanos e materiais, que têm menos possibilidade de fazer o enfrentamento político. Ou seja, são serviços que, em geral, são mais fragilizados no que diz respeito à materialização do trabalho e condições objetivas para poder garantir a implementação da política pública.

Outro impacto está relacionado à fragilização das relações de trabalho, decorrente da terceirização, funcional à lógica do capital, uma vez que trabalhadores que atuam exatamente no mesmo espaço sócio ocupacional não se reconhecem enquanto partícipes da mesma classe trabalhadora, criando nichos hierárquicos que inviabiliza a organização das lutas coletivas, e impacta a capacidade de mobilização por melhores condições de trabalho. Como evidenciado pela narrativa de uma das participantes, essa precarização afeta tanto a qualidade do trabalho, quanto a percepção dos trabalhadores sobre suas próprias condições:

Desafio é a falta de apoio e entendimento das OS em relação ao nosso trabalho!!

Em suma, o avanço da política de terceirização fragiliza o serviço público, estatal, de qualidade e devidamente financiado. A agenda neoliberal no Brasil prevê uma série de ações que fragilizam a política pública e expressam também o avanço da lógica da reestruturação produtiva que estabelece novos marcos para o mundo do trabalho.

Gráfico 26. Administração das eCR



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms, 2024

A pesquisa também buscou questionar as/os participantes sobre como as equipes são compostas. Obviamente que a pesquisa foi respondida por assistentes sociais, portanto as equipes que participaram contam com o Serviço Social. Porém, se compararmos este dado, com o coletado na Pesquisa de Opinião (que foi respondida por profissionais de outras áreas de atuação), ambas as pesquisas retornam dados similares, com uma presença muito expressiva do profissional de Serviço Social.

Observa-se, neste contexto, o protagonismo do Serviço Social junto às demandas e pautas da PSR. Pode-se concluir que a/o assistente social é demandada institucionalmente à medida que a demanda se complexifica. Ora, se a população em situação de rua expressa o acirramento da questão social e um dos últimos níveis da violação de direitos, é compreensível que o profissional de Serviço Social seja demandado para a imensa maioria dos Consultórios na Rua.

Destaco nesta análise, que a inserção de assistentes sociais nas eCR é crucial para dar visibilidade à concepção ampliada de saúde, especialmente no contexto pós-pandêmico. Ressalto que o Serviço Social é essencial para compreender as diversas determinações que envolvem o processo saúde-doença da população em situação de rua, indo para além dos aspectos biológicos, fazendo a inserção das questões relativas à habitação, justiça e respeito às desigualdades sociais. Essa abordagem interdisciplinar reforça o protagonismo da profissão junto às demandas complexas.

Tabela 14. Profissionais que compõem a equipe

Profissionais que compõem a equipe		
Agente Social	32	47,1%
Assistente Social	67	98,5%
Auxiliar de Enfermagem	16	23,5%
Auxiliar de Serviços Gerais	3	4,4%
Cirurgiã(o) Dentista	5	7,4%
Enfermeira(o)	64	94,1%
Médica(o)	53	77,9%
Motorista	46	67,6%
Profissional de Arte e Educação	3	4,4%
Profissional de Educação Física	5	7,4%
Profissional de Redução de danos	6	8,8%
Agente Social com Trajetória de Rua	8	11,8%
Psicóloga(o)	54	79,4%
Técnico de Enfermagem	47	69,1%
Técnico em Saúde Bucal	9	12,3%
Terapeuta Ocupacional	4	5,9%
Coordenação	2	3%
Agente de saúde	2	3%
Gerente	1	1,5%
Infectologista	1	1,5%
Auxiliar de saúde	1	1,5%
Nutricionista	1	1,5%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, 2024

O próximo tópico está relacionado ao funcionamento do serviço, podemos observar sobre a carga horária, mais da metade (52,9%), afirmou que a carga horária do Consultório na rua é de 40 horas semanais. No entanto, é importante destacar que um número considerável, cerca de 30%, indicou que a carga horária é de 30 horas semanais, e 16,2% disseram que a carga horária é superior a 40 horas semanais. Outro dado interessante é que, em relação ao horário de funcionamento, a pesquisa mostrou que mais da metade dos consultórios na rua realiza atividades tanto diurnas quanto noturnas, o que é bastante relevante, considerando a realidade da população em situação de rua, onde a noite é um período crucial para a manutenção de diversas dinâmicas de vida. Assim, entender e atuar nesse período é fundamental para o trabalho junto a essa população.

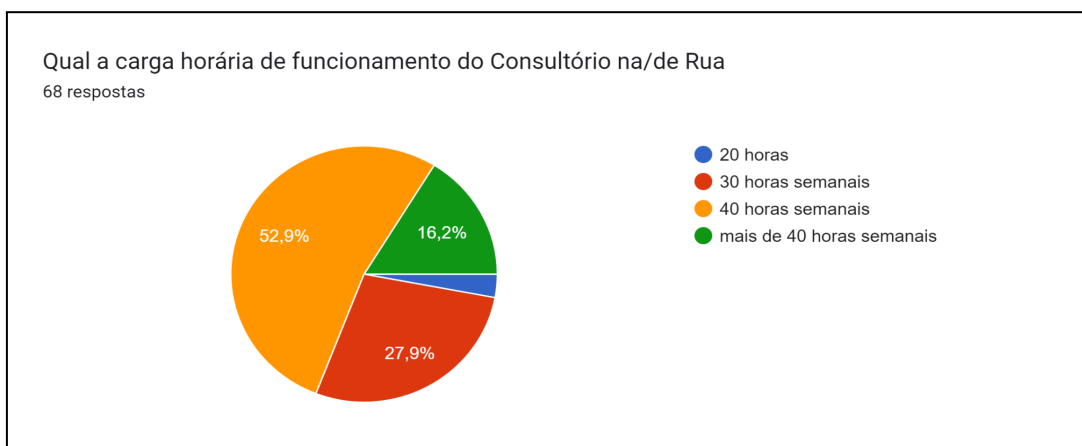
Porém, considerando que, apesar de ser maioria, 51,5% das equipes em que atuam as participantes, desenvolvem atividades noturnas, é importante destacar que quase metade, (48,5%), desenvolvem apenas atividades em horário comercial. Isso é um dado bastante

preocupante, considerando que a noite traz à tona uma realidade bastante específica no que diz respeito à vivência das ruas. A rua estabelece uma dinâmica totalmente distinta da que observamos em horário comercial.

À noite é possível atuar junto às profissionais do sexo, uma outra dinâmica em relação ao consumo de drogas, é possível encontrar determinados grupos que só ocupam as ruas no período noturno, ou seja, o trabalho que contemple outras organizações do mesmo território é fundamental. Se trata de uma questão de direcionamento mais expresso da própria política para que essas atividades ocorram também no período da noite.

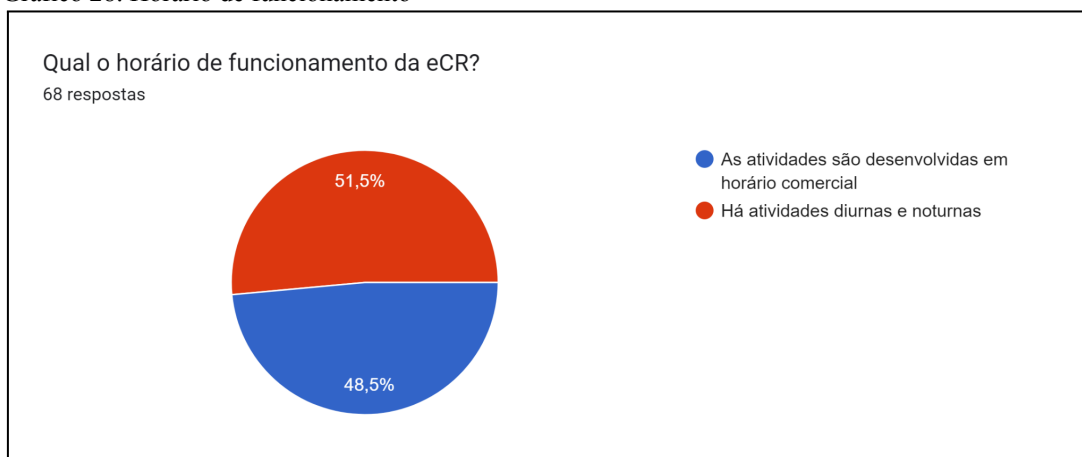
Outro ponto se relaciona aos dias de funcionamento do serviço, em que 91,2% das participantes responderam que o Consultório funciona de segunda a sexta, e apenas 8% das participantes referem que funciona todos os dias. A ideia de garantir o atendimento aos finais de semana, é justamente para acessar uma parcela da população que ocupa a rua na interface com a vida noturna, que impõe outro fluxo às cidades. É a dinâmica dos bares, festas, baladas, que impacta também a vivência das pessoas nas ruas, tanto em relação ao consumo de drogas, quanto no que diz respeito ao trabalho e meios de garantir o próprio sustento.

Gráfico 27. Carga horária



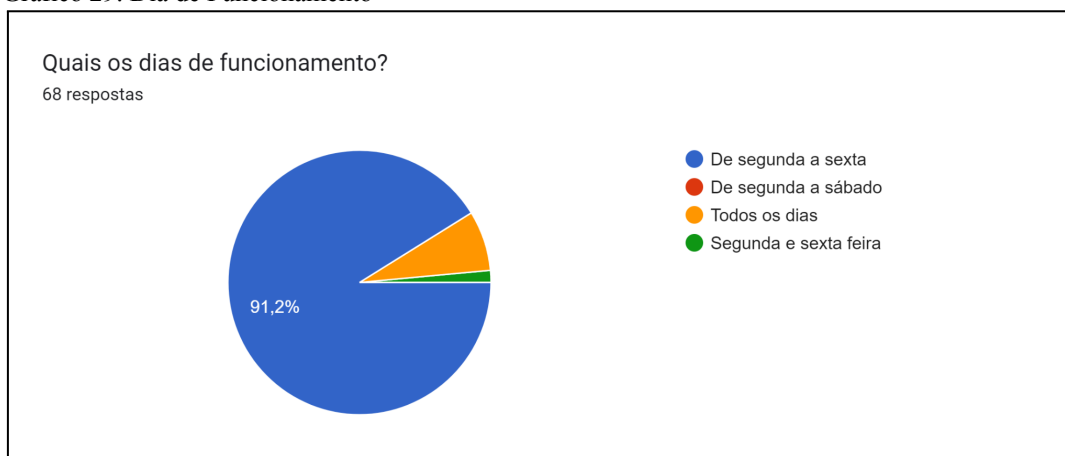
Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms, 2024

Gráfico 28. Horário de funcionamento



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms, 2024

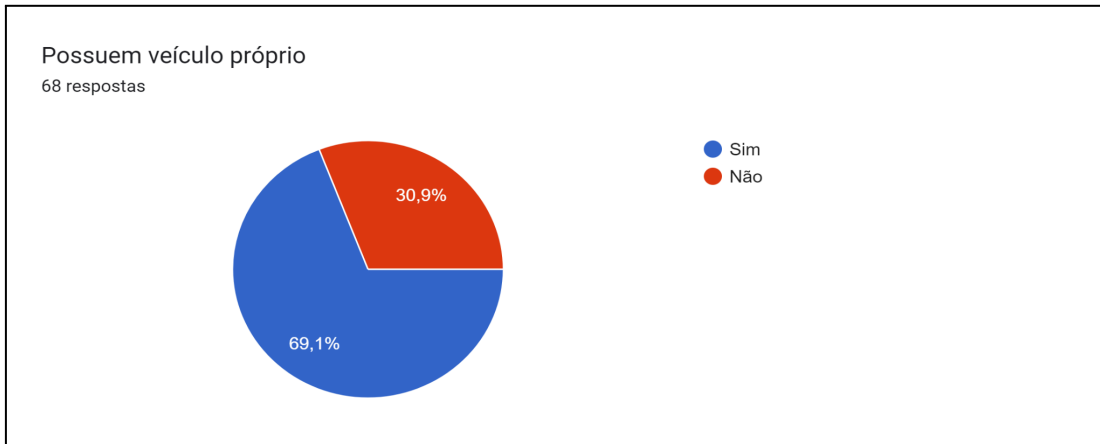
Gráfico 29. Dia de Funcionamento



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms, 2024

A pesquisa se preocupou em tentar conhecer um pouco sobre a estrutura em que essas/es profissionais atuam. Foram questionadas/os acerca do veículo, considerando que se trata de uma equipe itinerante, a viatura é recurso material de primeira ordem. E a pesquisa revela um dado bem preocupante, 30,9% das participantes afirmaram que o serviço não possui veículo próprio. É impensável que uma unidade de saúde cuja essencialidade está no trabalho in loco, não possua veículo próprio, o que descaracteriza a funcionalidade do próprio serviço. É um dado que nos chama a atenção para as condições de trabalho dessas/es profissionais. Ou seja, um serviço itinerante, que se materializa na rua não possuir veículo próprio em mais de 30% dos relatos é um dado bastante relevante.

Gráfico 30 - Veículo Próprio

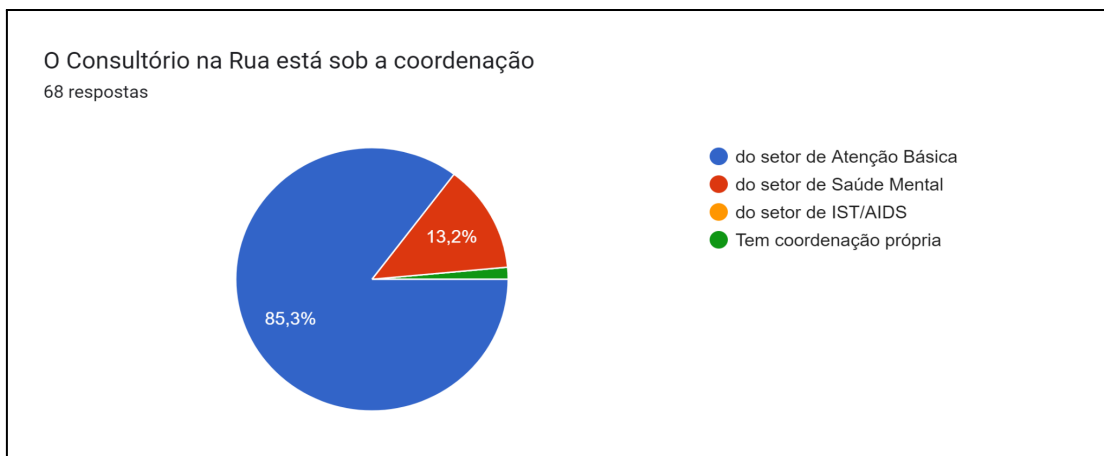


Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms, 2024

As participantes foram indagadas sobre a política de saúde que faz a gestão local da equipe. É importante pontuar que a eCR é uma política da atenção básica, mas historicamente vem de uma proposta no âmbito da saúde mental. As primeiras equipes que se chamavam “Consultório de Rua” eram equipes da divisão de saúde mental. A ideia era ofertar um atendimento, sobretudo no que diz respeito à redução de danos e apoio no tratamento da dependência química. E, com o amadurecimento dessa proposta, compreendeu-se que as demandas de saúde da população em situação de rua estão para além da questão de saúde mental. Por essa razão, e para ampliar o escopo de atuação junto ao processo de saúde e doença da PSR, é que os Consultórios de Rua passaram a se chamar Consultório na Rua e saíram da pasta da saúde mental para a pasta da atenção básica. Este histórico explica o fato de que 13,2% das assistentes sociais declararam que suas equipes ainda estão sob a coordenação da divisão de saúde mental.

A população que está em situação de rua não pode ser resumida à questão de saúde mental que ela apresenta. Pensar no cuidado no âmbito da atenção primária significa olhar para essa pessoa em sua integralidade, considerando inclusive que o cuidado em saúde mental pode e deve ser realizado pela atenção primária, no território, na comunidade.

Gráfico 31 - Política que coordena a eCR



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms, 2024

O próximo dado diz respeito à atuação no âmbito da redução de danos. É sabido que a atuação nos Consultórios na Rua tem como norte, inclusive estabelecido na normativa que regulamenta a estratégia, que a redução de danos é uma estratégia fundamental para atuação junto à PSR, considerando a realidade das ruas e os agravos inerentes a ela. Portanto, para as eCR, a atuação na perspectiva de redução de danos é central, porém se trata de prática extremamente questionada, e esta é uma realidade que impacta, inclusive, a materialização das ações.

A lei que estabelece a Política Nacional de Redução de Danos (PNRD) prevê uma série de ações que viabilizam, fomentam e garantam a implementação da Política de Redução de Danos no âmbito da saúde pública.

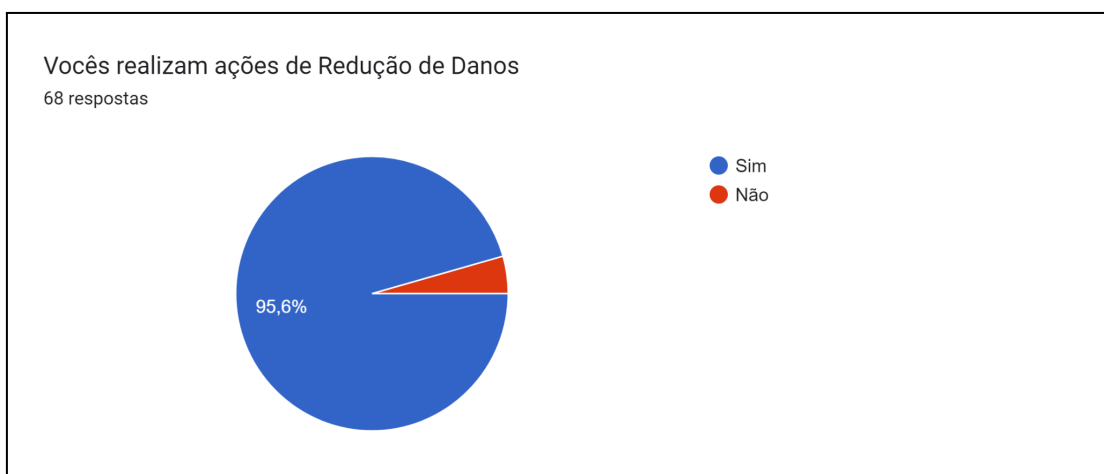
Sobre a PNRD, é importante frisar que se trata de uma atuação no âmbito da política pública fundamental para a materialização de um SUS atento às questões objetivas da população que é atendida. Atuar na perspectiva da RD diz respeito a uma atuação próxima, que entende os limites e possibilidades, considerando a realidade da população, sobretudo da população em situação de rua. É pensar num cuidado que considera, de fato, as determinações sociais da saúde, que se propõe a superar um cuidado verticalizado, para a construção de uma atenção que se faz com a população usuária a partir das suas condições objetivas.

Nesse sentido, é muito lógico pensar que a atuação no Consultório na Rua precisa estar pautada na política de RD, justamente por entender que a realidade das ruas é uma realidade que impõe condições bastante precárias no que diz respeito ao cuidado e autocuidado de saúde, impõe também uma série de limitações a um cuidado integral. Nessa perspectiva, o cuidado considera todos os aspectos e não propõe um cuidado no âmbito da

prescrição, mas um cuidado que de fato atenda às necessidades, desejos, anseios e também considera as condições objetivas para uma atuação na área da saúde no “território rua”.

Um outro ponto importante a considerar é que a pesquisa retornou um dado bastante expressivo quando 95,6% das/os participantes afirmaram que realizam ações de RD no Consultório na Rua. Esse é um dado bastante expressivo e importante. Isso nos mostra que são equipes que têm pautado suas ações a partir dessa perspectiva. É um dado bastante promissor e bastante expressivo do ponto de vista do direcionamento da política de saúde para a PSR. Mas, acima disso, esse dado expressa que, em alguma medida, a Política Nacional de Redução de Danos está sendo pautada e materializada na atuação junto à saúde da população em situação de rua.

Gráfico 32. RD



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms, 2024

Porém, ao serem questionadas sobre as ações que são desenvolvidas no Consultório na Rua no âmbito da RD, nos retornam dados que preocupam, pois diz respeito ao campo dos conceitos e intencionalidades, entendendo que as ações de redução de danos precisam estar associadas às demandas e necessidades reais da população atendida.

A pesquisa vai nos mostrar que existe uma atuação bastante expressiva no que diz respeito à orientação sobre consumo de drogas, à prevenção de ISTs, sobre as doenças de maior prevalência, entre outras. Ou seja, a dimensão imaterial da atuação na perspectiva de redução de danos é algo presente na imensa maioria das respostas.

É importante esse olhar para a política, a partir do seu aspecto imaterial, ou seja, aquilo que se dá no âmbito da orientação, da educação em saúde, da mobilização e

organização dos coletivos. Porém um outro aspecto bastante importante diz respeito à parte material, ou seja, a orientação pode estar vinculada ao recurso que possibilita dar materialidade à parte imaterial, ou seja, orientar sobre ISTs, e garantir a entrega de preservativo, por exemplo, faz com que aquela orientação tenha um suporte material para que a população possa inclusive seguir as orientações propostas.

Porém, se a orientação está descolada da dimensão material, corre-se o risco de que a ação se encerre em si mesma, e se torne a orientação pela orientação. As ações sobre ISTs são realizadas por 96,9% das equipes cujas participantes estão inseridas, e 92,3% afirmam realizar também a entrega de insumos de prevenção às IST. Percebe-se que há uma atuação que se completa, que se inicia na orientação e que se conclui na entrega de insumos, que materializa a possibilidade daquela população decidir seguir a orientação que recebeu. O mesmo não ocorre no que diz respeito às orientações ao consumo de drogas, em que 95,4% das entrevistadas afirmam que realizam orientações sobre o consumo de drogas. Porém, apenas 20% entregam insumos para este fim, ou seja, é uma orientação que não se completa em materialidade.

Esse é um dado bastante expressivo que diz respeito à forma com que as drogas são vistas e tratadas nas políticas públicas, ou seja, é um debate que ainda não circunda no âmbito da política de saúde. Se esses insumos não estão sendo entregues na política de saúde, expressa o viés de uma sociedade pautada por uma lógica conservadora. Se apenas 20% das entrevistadas afirmam que entregam esses insumos, significa que existe uma lacuna e evidencia o esvaziamento das ações, ou seja, a política de drogas continua sendo executada, majoritariamente pela política de segurança pública, que tem feito uma atuação desde os primórdios com base na repressão, culpabilização e criminalização.

Este dado ainda dialoga com as questões de saúde apresentadas pela população em situação de rua ao Serviço Social. Ao serem questionadas sobre quais demandas de saúde a população apresenta às assistentes sociais, mais de 85% afirmam que a população demanda o acesso a tratamento de dependência de drogas. Ora, se mais de 85% das participantes afirmam que esta é uma demanda importante para a população que atende, como justificar que apenas 20% das participantes têm em suas equipes ações que materializam as orientações de prevenção ao consumo abusivo de álcool e drogas? Portanto, temos aqui um dado concreto do viés conservador com que a questão das drogas é manejada no nosso país.

A demanda de tratamento para o uso nocivo de drogas é central para o cuidado em saúde desta população, ao passo que observamos uma política de redução de danos que não

garante materialidade às orientações para o consumo seguro de drogas.

Se a demanda para o tratamento não está sendo respondida com uma atuação na perspectiva de redução de danos no que diz respeito à sua materialidade, nós podemos inferir que esta demanda está sendo encaminhada para outras possibilidades de atuação que sejam menos próximas da realidade desta população, como as Comunidades Terapêuticas, por exemplo.

Tabela 15. RD insumos

Ações de Redução de Danos		
Orientações sobre consumo de drogas	62	95,4%
Orientações sobre prevenção às ISTS/AIDS	63	96,9%
Orientações sobre prevenção às doenças com maior prevalência entre a PSR	56	86,2%
Entrega de insumos para o uso seguro de drogas	13	20%
Entrega de insumos para prevenção às ISTS/AIDS	60	92,3%
Entrega de insumos para prevenção de agravos à saúde (água, protetor labial e solar, lanches, itens de higiene pessoal etc.)	38	58,5%
Insumos para garantia de dignidade menstrual (absorvente e itens de higiene pessoal íntima)	36	55,4%
Kit Higiene e Água	1	1,5%
Água, chocolate, barra de cereal e melzinho	1	1,5%
Escova de dentes e creme dental	1	1,5%
Roupas e calçados	1	1,5%
Kit de higiene oral e soro fisiológico	1	1,5%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, 2024

A pesquisa também se preocupou em conhecer a rede de atenção à PSR. Considerando a complexidade da demanda de saúde e a concepção ampliada de saúde e suas determinações, é fundamental entender que ofertar cuidado em saúde para a população em situação de rua demanda articulação com várias políticas públicas. Porém, dentre essas políticas públicas existem alguns serviços cuja articulação é mais presente. Por isso mesmo, a pesquisa questionou as/os participantes sobre como se configura essa rede em seus municípios.

A pesquisa apresenta como um dado importante a presença dos serviços no âmbito da política de Assistência Social. Em quase 90% das respostas, os municípios possuem o serviço de Centro Pop e Serviço de Abordagem Social. Este é um dado bastante interessante, considerando que, apesar de entendermos a necessidade da articulação com outras políticas públicas, o que nós presenciamos de fato no cotidiano profissional e que os resultados dessa pesquisa corroboram, é o fato de que a política que se faz mais presente na atuação dos Consultórios na Rua, no que diz respeito à atenção à saúde da população em situação de rua, são os serviços no âmbito da política de Assistência Social.

Um outro dado bastante interessante que esta pesquisa retorna é o fato de que 82,4% das participantes afirmam que seus municípios contam com Defensoria Pública do Estado. Considerando que a população em situação de rua ocupa territórios com a presença do tráfico de drogas e estão muitas vezes inseridos neste contexto, com desdobramentos práticos no âmbito da justiça, que continua criminalizando essa experiência da pessoa que consomem e muitas vezes comercializam drogas para poder sustentar a própria dependência química. Portanto, as Defensorias Públicas são instituições fundamentais para a garantia do acesso à justiça.

A pesquisa também apresenta um dado bastante contraditório em relação à política de Assistência Social, uma vez que espera-se que os municípios contem com serviços de acolhimento, considerando que a PSR vivencia situações de extrema violações de direitos humanos e um acirramento bastante evidente da questão social, isso caracteriza uma demanda de alta complexidade. Se esses municípios possuem Centro Pop e demais serviços em 90% das realidades em que as participantes estão inseridas, isso significa que existe uma demanda expressa por serviços de alta complexidade.

A existência da população em situação de rua demanda a existência de serviços de alta complexidade. E os serviços de acolhimento em sistema de casa-abrigo, abrigo provisório e casa de passagem figuram entre 50% e 60% das respostas presentes na pesquisa. E esse é um dado bastante curioso, considerando que esses municípios têm Centro Pop, Serviços de Abordagem, mas não possuem serviços de acolhimento. E a questão que se faz presente é qual é o desdobramento desta lacuna na política de atenção à PSR.

Uma outra experiência bastante importante no que diz respeito ao avanço das políticas públicas para a PSR são os projetos de Moradia Primeiro. O debate sobre habitação precisa ser priorizado no âmbito das políticas públicas para a população em situação de rua. O que nós estamos debatendo nesse contexto, é a compreensão de que a permanência na rua não

pode ser respondida apenas com serviços de acolhimento. É fundamental que o Estado encare o desafio de responder à demanda de habitação.

Acerca desse debate, nós temos os estudos de Kohara e Comarú (2023), que inclusive desenvolvem parte dos seus estudos no município de Franca, que é um dos pioneiros em relação à moradia primeiro, com resultados bastante promissores sobre os impactos dessa política para a realidade da PSR. A moradia é uma das defesas presentes nas reivindicações do movimento social, presente no Plano Ruas Visíveis, e que precisa ser fomentada e ampliada para demais municípios, uma vez que a pesquisa apresenta que apenas 10,3% das participantes afirmam ter a experiência da Moradia Primeiro nos municípios em que atuam.

Tabela 16. Serviços que compõem a rede

Serviços da rede no município dos entrevistados		
Centro POP	61	89,7%
Serviço de Abordagem Social	61	89,7%
Serviço de Acolhimento (Abrigo Provisório)	41	60,3%
Serviço de Acolhimento (Casa de Passagem)	36	52,9%
Serviço de Acolhimento (República)	15	22,1%
Albergue/Acolhimento noturno	41	60,3%
Moradia Primeiro	7	10,3%
Defensoria Pública do Estado	56	82,4%
Lavanderia Social	6	8,8%
CAEI CAEM CRCA CAEF República e Hotel social	1	1,5%
Centro POP, Centro de convivência e mais	1	1,5%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, 2024

Outro desafio importante no âmbito da política para a PSR é a materialização da perspectiva da atuação intersetorial. A articulação da rede é algo fundamental pensando em um cuidado em saúde que se faz a partir de uma perspectiva ampliada. Ou seja, é preciso olhar para os múltiplos aspectos que envolvem a vida dessas pessoas. Porém, o que nós observamos no cotidiano profissional, e essa pesquisa confirma, é que ainda nos deparamos com uma lógica de política pública bastante fragmentada, compartimentalizada, e que não garante uma atenção a partir de uma perspectiva integral.

A pesquisa apresenta o dado em que 83,8% das participantes afirmam que há dificuldade de articulação com a rede. Isso evidencia a realidade experienciada por essa pesquisadora como trabalhadora do SUS junto à saúde da população em situação de rua e

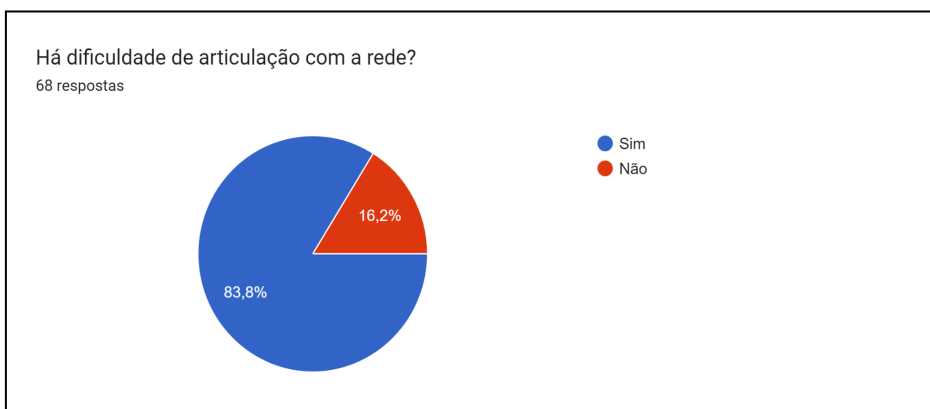
demarca a lógica em que as políticas públicas são construídas, sobretudo a partir da perspectiva neoliberal. Ora, se a lógica da construção das políticas públicas é uma lógica individualizada, fragmentada, uma lógica de Estado mínimo para as políticas públicas, que vende a ideia de que cada indivíduo deve lutar para conquistar seus próprios meios de sobrevivência, desconsiderando a realidade em que estão inseridas, é evidente que esta lógica impacta a forma como as políticas públicas são construídas.

Pensar em políticas públicas a partir dessa lógica fragmentada é útil à lógica do capital. Ora, se você fragmenta o cuidado, o olhar, você fragmenta também as necessidades da população. Ou seja, ofertar um atendimento precarizado é projeto de um Estado neoliberal. É preciso oferecer um atendimento precarizado, um atendimento pobre para pessoas pobres, justamente para que todos esses acessos sejam passíveis de gestão pelo mercado.

Ou seja, essa dificuldade de articulação com a rede presente na atuação junto à saúde da PSR faz parte de um projeto de Estado neoliberal que atende a uma lógica do capital, que tem como projeto a criação de uma classe trabalhadora totalmente desprotegida e desigual. Portanto, é importante entender que essa dificuldade de articulação da rede, para além do aspecto cotidiano, da micropolítica, ela expressa um projeto de poder que prevê uma política pública fragmentada. As políticas são pensadas e elaboradas de forma fragmentada, para atender a esse projeto neoliberal que individualiza as demandas e que esvazia a perspectiva da coletividade, da integralidade e lança mão de uma lógica que individualiza a atenção, o cuidado, que esvazia de sentido a luta da classe trabalhadora e que não coletiviza o cuidado ofertado. Como podemos observar na narrativa e dos dados abaixo:

Dificuldade com a rede, falta de apoio da rede assistencial e saúde

Gráfico 33. Dificuldade de articulação com a rede



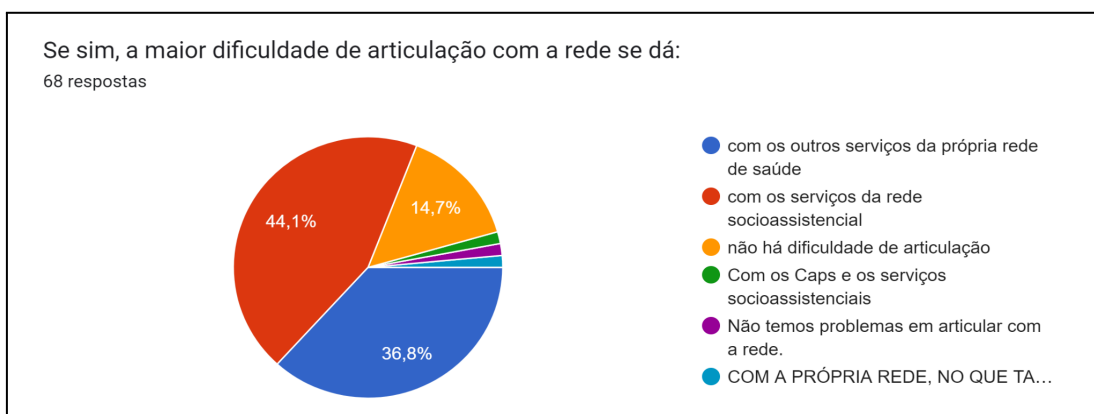
Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms, 2024

A pesquisa também buscou compreender em que sentido se dá essa dificuldade. Existe, no âmbito da atuação, uma dificuldade de compreensão do trabalho exercido por outras políticas públicas. Essa é uma percepção confirmada por essa pesquisa, que traz um dado bastante expressivo, em que 44,1% das participantes afirmam que a maior dificuldade de articulação se dá com a rede da política de Assistência Social. Porém, um número não tão diferente, em torno de 37% das participantes, afirmam que a maior dificuldade de articulação se dá com os serviços da própria rede de saúde. Existe um dado bastante interessante, que expressa duas questões fundamentais para o debate sobre a intersetorialidade.

É muito comum observarmos no cotidiano profissional, uma dicotomia e uma divergência em relação ao atendimento ofertado, tanto da saúde em relação à assistência social, quanto da assistência em relação à saúde. Isso se expressa a partir da lógica que desenvolvemos na análise do dado anterior. É lógico e útil ao capital que se desenvolva uma perspectiva descontinuada das nossas atuações. Isso se dá pela dificuldade de compreensão do que o outro faz, pela complexidade da demanda, pela falta de condições materiais de responder adequadamente às demandas cada vez mais complexas. E isso se expressa numa insatisfação acerca do serviço do outro.

Porém, o debate sobre a importância de políticas públicas que dêem conta das demandas de grande complexidade, e que enfrentem o desafio de romper com as barreiras estabelecidas pela lógica de uma política pública fragmentada, é urgente. Essa queda de braço expressa a limitação da atuação atravessada pela lógica individualizante. A intersetorialidade busca desenvolver olhar integral para as demandas, e precisa inclusive enfrentar a necessidade de romper com algumas barreiras que servem para dificultar acesso e fomentar a lógica neoliberal que fragmenta o cuidado e a atenção de uma população já tão estigmatizada.

Existem experiências no sentido de construção de políticas públicas mais fluidas ou com menos rigidez em relação às limitações institucionais. Serviços que mesclam ofertas no âmbito da saúde e da assistência, que acolhem mas também ofertam cuidado em saúde, ou seja, modelos que de fato integrem as políticas públicas no mesmo espaço, na mesma intencionalidade, poderiam atender de forma mais eficaz as questões que se apresentam junto à PSR.



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms, 2024

O fato da pesquisa ter retornado esse dado tão interessante, sobretudo em relação à dificuldade de articular com os serviços da própria rede de saúde, diz respeito também à forma com que essa população é acolhida nos serviços e nas diversas políticas públicas. Esta é uma percepção observada pelos trabalhadores e trabalhadoras que participaram na pesquisa sobre a forma com que a PSR é acolhida e vista pela rede de atenção à Pop Rua, pela sociedade, e como isso também se desdobra para as trabalhadoras e trabalhadores que atuam na rua, que também sofrem discriminação. Considerando que essa é uma pesquisa que se debruça sobre o fenômeno da população em situação de rua e sobre a atuação do Serviço Social junto às demandas de saúde dessa população, é fundamental refletir também sobre os impactos deste fenômeno para a realidade de trabalhadoras e trabalhadores.

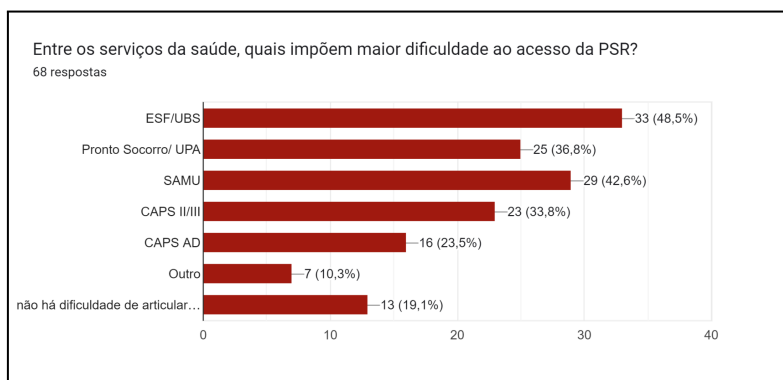
É muito curioso perceber que, em relação aos serviços de saúde, os serviços que mais impõem dificuldade, segundo a percepção das trabalhadoras e trabalhadores, são os serviços de atenção básica. Curiosamente, o Consultório na Rua é um serviço de atenção básica. Portanto, é preciso lançar um olhar e uma crítica para o interior da política, em relação à própria política de atenção básica que não entende a PSR como uma população a ser atendida no âmbito da atenção primária para além das eCR. Este é um desafio posto para os Consultórios, de garantir o acesso a esta população aos demais serviços no âmbito da atenção primária, ampliando as possibilidades de cuidado e atenção na perspectiva de prevenção e promoção da saúde.

Portanto, a articulação com a rede é um desafio no que diz respeito à articulação com outras políticas públicas, sobretudo a política de assistência social, mas é também um grande desafio internamente em se tratando de SUS, considerando o agravamento em saúde no âmbito das ruas, que se dá muito na perspectiva da saúde mental. As condições de vida na rua impõem

uma questão para a saúde física bastante grave, então o segundo serviço que impõe maior dificuldade é o serviço de urgência móvel, e é bastante preocupante considerando que essa é uma demanda que se expressa de forma bastante evidente na atuação junto a esta população.

A rua impõe uma condição objetiva para a saúde física dessas pessoas, no que diz respeito à desnutrição, desidratação e doenças negligenciadas. As questões de saúde podem ser agravadas em função das condições climáticas, podendo levar a populações a situações de risco de saúde físicas extremas. Desta forma, a articulação interna no âmbito da saúde é muito importante. Trata-se de um dado bastante preocupante que o 2º serviço que impõe maior desafio seja o SAMU. Os agravos à saúde da população em situação de rua são muito evidentes, tanto em relação ao consumo nocivo de drogas, como em relação aos impactos que a própria rua tem sobre a saúde física dessa população. Fazer esse debate internamente, enquanto política de saúde, enquanto SUS, é urgente.

Gráfico 35. Quais serviços impõem maior dificuldade



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms, 2024

Sobre o dado coletado acerca da dificuldade de articular com o serviço de Assistência Social, tem relação com o dado analisado acima sobre a falta de serviços de acolhimento. Os dados acima analisados mostram que entre 50% e 60% das participantes indicaram a presença de serviços de acolhimento nas redes em que estão inseridas. Ao passo que a maior dificuldade encontrada por essas trabalhadoras e trabalhadores é justamente a articulação com esse serviço. Nós podemos, inclusive, fazer algumas inferências, considerando que essa dificuldade pode se dar inclusive pela falta de serviços de acolhimento ou pela falta do serviço ofertado adequadamente. Considerando que quase 40% das participantes indicam que a maior dificuldade no âmbito da política de assistência se dá junto às demandas relativas a acolhimento institucional para adultos e famílias.

Tabela 17. Serviços que impõem maior dificuldade

Serviços de Assistência Social que impõem maior dificuldade de acesso para PCR		
CRAS	18	26,5%
CREAS	19	27,9%
Centro Pop	18	26,5%
Abrigo Provisório/Casa de Passagem	26	38,2%
Abordagem Social	13	19,1%
Abrigo/Albergue	2	3%
Secretaria de Assistência Social	1	1,5%
Secretaria de Desenvolvimento Social	1	1,5%
Abrigo para PSR em TTT de Saúde	1	1,5%
Não há dificuldade em articular o acesso	15	22,1%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, 2024

As participantes foram questionadas sobre a interação do Consultório na Rua com Comunidades Terapêuticas. E esse é um debate fundamental no âmbito desta pesquisa, uma vez que observamos neste tempo político, o avanço desta lógica no âmbito da saúde mental. Na última década, mas sobretudo a partir do governo de 2018 a 2022, pudemos observar um avanço da capilaridade política da bancada evangélica, que tem conseguido fazer a inserção da pauta religiosa nos espaços de decisão. É bastante evidente o crescente financiamento das CTs.

Apesar de 64,7% das participantes afirmarem que os consultórios na rua em que estão inseridas não encaminham usuários para comunidades terapêuticas, ainda é bastante preocupante que mais de 35% das participantes indicam que essa prática ainda é presente em suas equipes. O que nos aponta para uma interface importante das eCR com as CTs.. E isso reforça a análise de conjuntura realizada nesta pesquisa, que afirma o crescente avanço da lógica manicomial no âmbito do cuidado em saúde mental.

As Comunidades Terapêuticas compõem um projeto de ataque à luta antimanicomial e à RAPS. São incontáveis as denúncias de maus-tratos e atentados aos direitos humanos. Um olhar de saúde mental que perpassa pela perspectiva religiosa, que tem por objetivo tolir, criminalizar e, sobretudo, culpabilizar esses corpos pela questão de saúde que apresentam. Ou seja, toda a perspectiva da comunidade terapêutica é bastante preocupante e só fragmenta e

enfraquece a política de saúde mental.

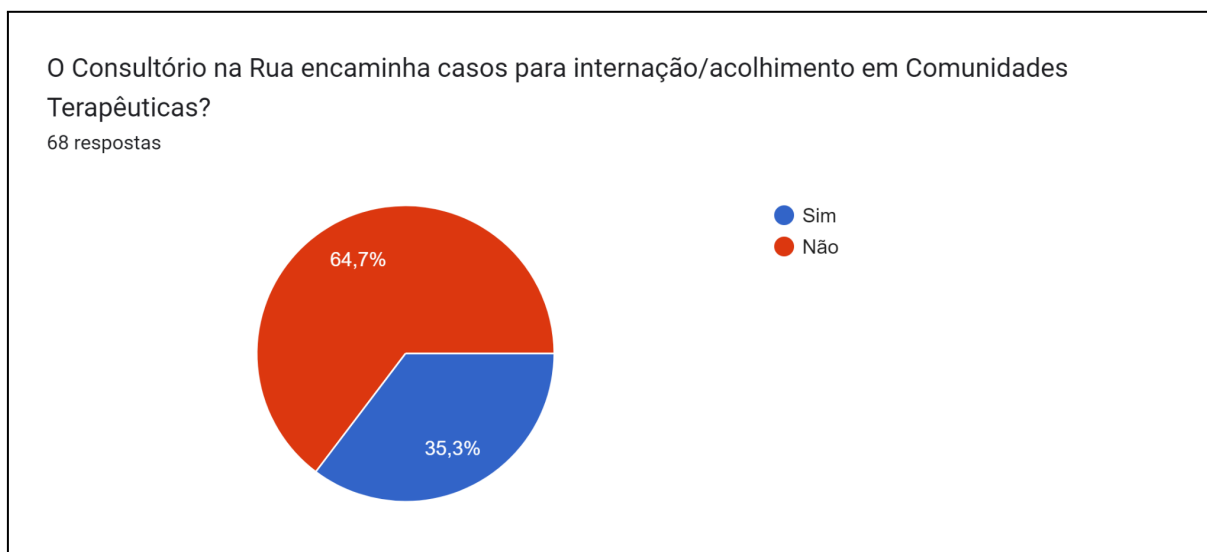
A construção de um posicionamento político contra as Comunidades Terapêuticas, demanda que esse debate seja amplamente difundido na sociedade. É preciso que chegue nos territórios, que os coletivos se dediquem a fazer a crítica, uma vez que essa é uma lógica de fácil difusão. Produzir cuidado em saúde mental livre e no território é um desafio cada vez maior, uma vez que enfrenta a lógica imposta pelo capital que se alimenta e retroalimenta das desigualdades, que se dá inclusive pela via da prisão e exclusão desses corpos. Pensar a lógica antimanicomial é fundamental também para pensar na sociabilidade que nós desejamos livre, plena e integral. Ou seja, a lógica manicomial não dialoga com a perspectiva de sociabilidade vislumbrada pelo Serviço Social.

Pensar o cuidado para além dessa lógica de prisão, demanda da sociedade, dos coletivos, do território, das pesquisadoras e pesquisadores, a propositura de novos olhares. O avanço dessa lógica manicomial, perpassada por um discurso conservador, religioso, nos faz refletir sobre a necessidade de pensar novas formas de ofertar cuidado. Acerca disso, Passos (2023), em seu livro *Na Mira do Fuzil*, propõe a ideia da “Clínica da Delicadeza” que “aposta na potência dos sujeitos e reconhece os contornos opressivos que limitam as possibilidades concretas e subjetivas” (2023, p. 124). É fundamental lançar mão de respostas criativas que dialoguem com a realidade em que nós estamos inseridos.

Compreender o avanço do discurso conservador que atravessa o cuidado e saúde mental e, conseqüentemente, o cuidado junto à população em situação de rua, é fundamental para os enfrentamentos à realidade que está posta. Existe um projeto que avança com a anuência do atual governo, que para se manter em condições viáveis para atuar politicamente, tem feito alianças junto à bancada conservadora, essas alianças se expressam no financiamento dessa política de ataque à perspectiva da luta manicomial, de ataque à rede de atenção psicossocial.

A luta antimanicomial nunca foi tão necessária. Ela não está dada a partir da política nacional de saúde mental, muito pelo contrário. O que nós observamos é a necessidade de nos mantermos atentos e atuantes. Para isso, é fundamental que, para além das defesas, das conquistas realizadas pelo movimento de reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial, que consigamos lançar mão de novos olhares e novas estratégias sob novas perspectivas que dialoguem com a realidade da população atendida.

Gráfico 36. Encaminhamentos para Comunidades Terapêuticas



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms, 2024

Entendendo que a RAPS se faz a partir da necessidade da articulação dos diversos serviços da RAS, composta pelos serviços de atenção básica, de atenção especializada e terciária. O debate que nós estamos propondo é justamente no sentido de entender que não estamos negando a necessidade da internação no âmbito da urgência e da estabilização de agravos. Mas para isso já existe um direcionamento na política de saúde mental para que internações ocorram como qualquer outra demanda de saúde, dentro de critérios rigorosos e no contexto de hospitais gerais.

A pesquisa retorna um outro dado bastante preocupante, que é o fato de que os hospitais psiquiátricos, tanto no município em que as participantes atuam ou em outros municípios, ainda têm uma porcentagem maior, e bem maior, do que o encaminhamento para hospitais gerais. Hospitais gerais são uma opção viável em um pouco mais de 40% dos casos analisados e no caso dos hospitais psiquiátricos, somam-se o valor de 39,7% e de 16,2%, que correspondem, respectivamente, aos encaminhamentos para hospitais psiquiátricos no município e em outros municípios. Percebe-se que mais de 50% das participantes relatam que, no caso de necessidade de internação por demandas de saúde mental, a PSR é encaminhada para hospitais psiquiátricos e não para hospitais gerais.

Se nós articularmos o dado acima com o acolhimento em comunidades terapêuticas, temos a dimensão de quão grande é o desafio que ainda se faz presente para a consolidação da perspectiva de uma saúde mental sob a perspectiva da luta antimanicomial.

Mas obviamente que nós não vamos negar aqui os avanços conquistados pelos movimentos da luta antimanicomial e da PSR. Em pouco mais de três décadas foi possível reorganizar toda a rede de atenção em saúde mental, implantado uma rede de serviços em todo o território nacional. Recentemente foi aprovada a lei que prevê o fim das instituições manicomiais judiciárias. Existe uma perspectiva importante de desinstitucionalização materializada a partir da implantação e implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Não podemos negar que tudo isso figura um avanço importantíssimo se considerarmos que até poucas décadas atrás, o único cuidado disponível eram verdadeiros depósitos de seres humanos. Portanto, a ideia da pesquisa é apresentar a gravidade da realidade e fazer análise conjuntural e política, mas sem perder de perspectiva os avanços e as defesas que nós temos que fazer no nosso cotidiano profissional.

Prova disso, é o fato de que os serviços substitutivos que foram pensados e projetados para a oferta de cuidado em liberdade passaram a figurar no imaginário coletivo enquanto referência para o cuidado em saúde mental. Existe uma preocupação para que o cuidado em saúde mental não ocupe um lugar vexatório, e de fato isso precisa ser combatido. Mas trago aqui um outro ponto de vista, que o CAPS passou a figurar no imaginário coletivo um lugar de referência em se tratando de questões de saúde mental. Obviamente que foi apropriado de forma equivocada, e espera-se que os coletivos, movimentos sociais e a política pública se posicionem para evitar a disseminação de um discurso que constrange, culpabiliza e que estigmatiza pessoas com questões de saúde mental. O que se coloca em pauta é que o CAPS passou a estar presente no imaginário popular, no imaginário coletivo, enquanto uma referência para as questões de saúde mental.

Quando esse posicionamento é desnudado como um comportamento opressor, o que sobra é a fragilidade. Estamos construindo um debate com o tom necessário para defender a posição desta pesquisa, em resposta a qualquer sinalização eugênica, higienista, em favor de comunidades terapêuticas e que deslegitima o posicionamento do movimento social.

Tabela 18. Internação por questões de saúde mental

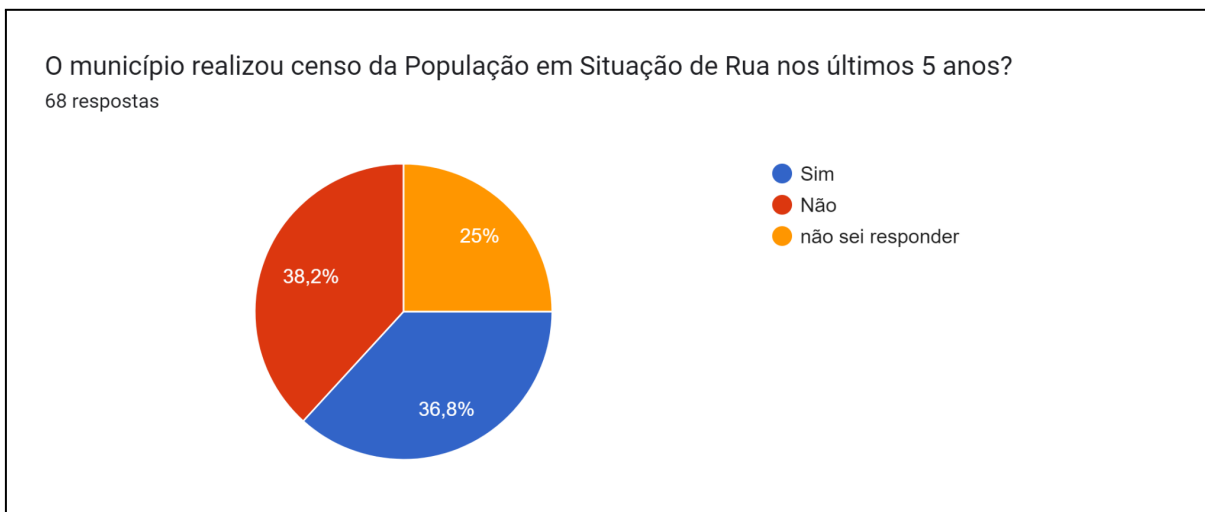
Quem acolhe a PSR em caso de internação por questões de saúde mental		
Hospital Geral no município onde você atua	18	26,5%
Hospital Psiquiátrico do município onde você atua	19	27,9%
Hospital Geral em outros municípios	18	26,5%
Hospital Psiquiátrico em outros municípios	26	38,2%
Comunidades Terapêuticas	13	19,1%
Não sei responder	2	3%
O paciente tem autonomia e a interferência é limitada	1	1,5%
É nosso maior gargalo	1	1,5%
CAPS da referida modalidade	2	3%
UPAs	15	22,1%
CAPS (p/encaminhar a leito integral) e Programa Atitude (para PSR em ameaça pelo uso de drogas)	1	1,5%
Centro de Referência em Saúde Mental	1	1,5%
CERSAM	1	1,5%
CAPS Transtorno	1	1,5%
Não há instituição para encaminhar esses usuários	1	1,5%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, 2024

Outra pauta fundamental para pensar as demandas de saúde da população em situação de rua diz respeito à necessidade de levantamento de dados, que se faz através do levantamento censitário. A primeira e única pesquisa nacional foi realizada em 2008, publicada em 2009, e depois disso não houve mais nenhuma articulação a nível nacional para coleta de dados sobre a população em situação de rua. Atualmente dispomos de censos locais, estudos pontuais e os dados do Cadastro Único, mas que não viabilizam a amplitude da fotografia necessária para pensar a política pública a PSR.

Os principais dados que temos hoje estão relacionados ao cadastramento único, mas ainda assim existe um debate em torno da qualidade desses dados, sobretudo em relação à atuação dos cadastradores, dados de composição familiar, entre outras questões que, somente um estudo aprofundado é capaz de dimensionar sendo, portanto, uma pauta central para o movimento social.

Gráfico 37. Censo da Pop Rua



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms, 2024

Ou seja, a inexistência de novos censos da população em situação de rua só reforçam as denúncias do próprio movimento social sobre a invisibilidade no que diz respeito à construção das políticas públicas. É impossível pensar em políticas públicas sem conhecer a realidade, sem levantar dados e indicadores. Isso só é possível por meio da pesquisa, do censo, da vigilância socioassistencial e da vigilância em saúde. Essa é uma pauta central para pensar nos avanços e enfrentamentos necessários ao cuidado da saúde da população em situação de rua.

CAPÍTULO 4. O SERVIÇO SOCIAL NO CONSULTÓRIO NA RUA: a atuação nas eCR no Brasil

A rua me trouxe aqui

*Na rua me faço inteira
Eu sou mais livre e me percebi.
Reconheço no outro o traço da nossa história,
de uma memória que esqueci*

*Esqueci porque apagaram
e me roubaram até de mim,
Mas foi na rua, no dia-a-dia
em cada encontro que colori
de povo:
a trajetória, minhas vitórias,
nossas histórias, cada memória
E tudo mais que me trouxe aqui*

*Foi a rua que deu sentido
pra profissão que eu escolhi
E encheu de escrivência os nossos corres
e eu não morri*

*Por mais que esse fosse o plano
e que quisessem nos extinguir
A rua é resistência, sobrevivência
e mesmo assim ainda não perdi
A fé de que todos juntos
somos mais fortes como raiz
que faz florescer um mundo com outras bases
que valha a pena ser mais feliz
(Elaine T. A. Santos)*

A presente pesquisa tem por objetivo principal, investigar o trabalho de assistentes sociais que atuam nos Consultórios na Rua para a compreensão da inserção desses profissionais na produção de cuidado e atenção à saúde da PSR. Para tanto, é fundamental pensarmos o trabalho enquanto categoria central para as análises que se seguirão.

O trabalho é a via pela qual os seres humanos modificam a natureza para o atendimento de suas necessidades e garantia de sua subsistência. É neste processo de transformação da natureza que a humanidade transforma a si mesma. O desenvolvimento de habilidades para a produção de meios de subsistência se desdobra na produção de sua própria vida material. Como afirma Marx:

O trabalho é, antes de tudo, um processo entre o homem e a natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula, e controla o seu

metabolismo com a natureza [...]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, a sua própria natureza. (MARX, p. 255, 2023)

Neste sentido, é fundamental para uma pesquisa que pretende olhar para a atuação de assistentes sociais junto à PSR, que possamos refletir sobre o lugar do trabalho nesta sociabilidade, entendendo que, em sociedades capitalistas, o trabalho está inserido em uma lógica de exploração e produção de desigualdades. Daí a importância de localizar esta pesquisa a partir da centralidade do trabalho que se expressa na lógica estabelecida pelo modo de produção capitalista.

Desta forma, se faz necessário um esforço teórico e metodológico para abordar a questão da atuação profissional a partir de uma perspectiva de totalidade que dê conta da categoria trabalho e dos processos inerentes a ela. Entendendo o processo de trabalho e os elementos que o constitui, a atividade dotada de intencionalidade orientada para um determinado fim, o seu objeto e os meios de trabalho, enquanto condição necessária à compreensão das problemáticas e desafios que essa sociabilidade impõe ao trabalho profissional, e como isso se desdobra na realidade em que esses profissionais intervêm.

O presente processo analítico exige a compreensão de que a produção social é uma atividade social e histórica, é também produção de ideias e representações que se expressam nas relações sociais. Silva (2009), realiza essa análise à luz da teoria em Marx e afirma que:

“Desse modo, o trabalho humano, como atividade do processo de produção social dos meios de vida dos seres humanos, é um elemento estruturante da sociabilidade humana e um distintivo dos seres humanos em relação aos demais seres, sendo central na formação de sua consciência e na determinação de seu modo de vida” (SILVA, 2009, p. 40)

Entendendo o Serviço Social enquanto uma profissão socialmente necessária e inscrita na divisão racial, sexual e social do trabalho, que expressa as suas defesas éticas e políticas por meio da atuação que se materializa no cotidiano, busca-se, por meio da pesquisa, pensar a profissão, sua relação com a instituição e a população atendida no processo de trabalho.

4.1 Perfil das/dos profissionais de Serviço Social dos Consultórios na Rua

Esta etapa da pesquisa de campo buscou captar informações acerca do perfil das/os participantes. Compreender as questões referentes às pertencas, experiência profissional,

perfil remuneratório, o que consideramos central para compreendermos como esta realidade se articula com o fazer profissional, que é operacionalizado por estas e estes trabalhadores. Estes profissionais têm cor, etnia, se constituem a partir de um território, e se configuram enquanto um coletivo heterogêneo que tem levado o Serviço Social para as ruas.

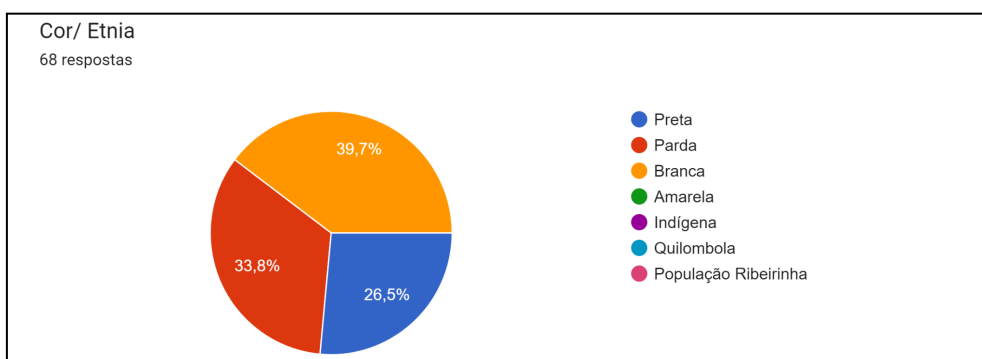
Iniciamos a pesquisa questionando as/os participantes acerca da **pertença racial**. Este é um dado central, uma vez que a questão etnico-racial nos dá pistas acerca da intersecção com outros marcadores como classe e gênero, uma vez que os dados acerca do perfil da população brasileira nos remetem à formação social e histórica do país. Compreendendo a centralidade deste dado, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2024), tem realizado um esforço sistemático no sentido de produzir dados acerca do perfil de assistentes sociais no país. Neste processo, iremos trazer os dados da pesquisa do CFESS e do IBGE para dialogar com os achados desta investigação.

Acerca dos dados coletados nesta pesquisa, 39,7% das/dos participantes se autodeclararam brancas, enquanto 60,3% se autodeclararam negras. Este é um dado maior do que o encontrado na população geral que, segundo o IBGE (2022), no último censo apresenta o dado de que cerca 55,5% da população se autodeclara negra. Temos também um número maior de pessoas negras participando desta pesquisa, em relação à pesquisa do CFESS, cujo quantitativo de pessoas negras não chega a 50%. O que nos provoca a refletir sobre as oportunidades no mundo de trabalho que pessoas negras acessam, considerando que, segundo o IBGE, pessoas negras estão inseridas em espaços sócio-ocupacionais mais precarizados, com menores salários e com vínculos empregatícios mais frágeis. Este é um dado que dialoga diretamente com os achados acerca dos vínculos empregatícios desses trabalhadores, na pesquisa do CFESS mais de 77% das/dos participantes são servidores públicos, e nesta pesquisa este número não chega a 50%, o que expressa a precariedades dos vínculos dos trabalhadores e trabalhadoras dos Consultórios na Rua.

O debate acerca da questão racial ganhou força e densidade no seio do Serviço Social nas últimas décadas, incorporado pela categoria enquanto debate central para a compreensão do processo sócio-histórico do nosso país. Pela compreensão da importância de romper com uma perspectiva endógena da profissão, é preciso refletir como os marcadores sociais da diferença determinam o nosso fazer profissional, inclusive pensando no impacto deste perfil para possibilidades reais e materiais de pensar e fazer o Serviço Social. Um grupo de profissionais de maioria negra, traz consigo os atravessamentos do racismo, que desumaniza, silencia, apaga e violenta. Por outro lado, este mesmo dado nos aproxima com a realidade das

peessoas com as quais atuamos nas ruas, este processo de se perceber no outro se expressa na construção de um vínculo que se dá no reconhecimento da história, dores, lutas e enfrentamentos que compartilhamos enquanto pessoas negras no Brasil.

Gráfico 38. Pertença Racial



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2025)

Para o conhecimento do perfil dessas trabalhadoras e trabalhadores, é fundamental dar visibilidade às questões referentes à **identidade de gênero e orientação sexual**. Em se tratando de uma pesquisa que dialoga com o mundo do trabalho, partimos da compreensão de que as desigualdades de gênero são ferramentas úteis ao capital no que diz respeito à produção e reprodução da força de trabalho constantemente precarizada, subutilizada e sobrando. Apesar de contarmos com uma maioria formada por pessoas heterossexuais, vale destacar que mais de 20% deste grupo é formado por pessoas LGBTQIA+, o que indica a necessidade de promovermos espaços de debates sobre os impactos desta realidade para o cotidiano profissional. Situações de LGBTfobia são normalizadas em uma sociedade patriarcal e machista, pensar como isto afeta as relações de trabalho, viabiliza a criação de ferramentas que instrumentalizam os nossos enfrentamentos na busca por espaços sócio ocupacionais que respeitem e fomentem a diversidade, o que compreendemos ser fundamental para as defesas afiançadas no âmbito do Serviço Social.

A violência vivenciada pela população LGBTQIA+ é um fato preocupante que revela as bases de uma sociedade machista. O Atlas da Violência, estudo desenvolvido pelo IPEA (2025), que publiciza os dados levantados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), apresenta dados alarmantes. De 2014 a 2023 houve um aumento de 1110,99% no número total de casos de violência contra homossexuais e bissexuais (Ipea, 2025). Este dado é passível de diversas interpretações, o estudo apresenta algumas hipóteses que se articulam entre si. O fato dos

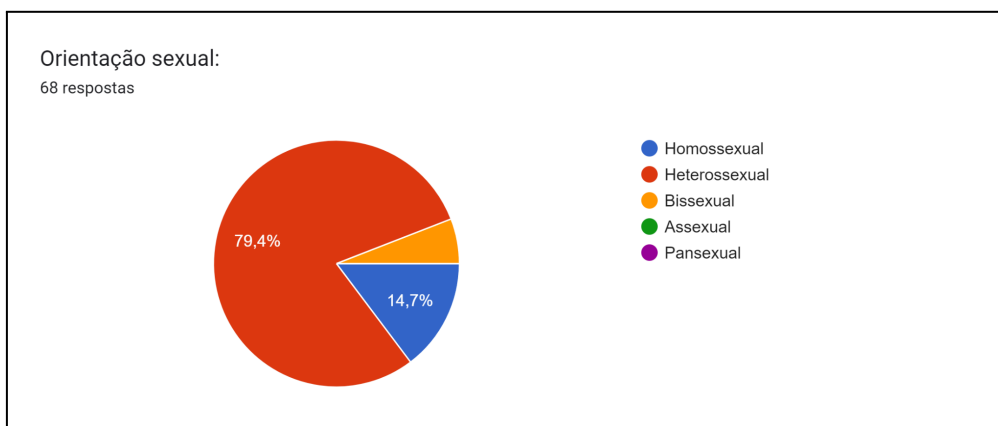
movimentos sociais terem se viabilizado para que esta população pudesse se expressar, inclusive por meio da autodeclaração, nos ajuda a compreender este dado. Mas os fatores da violência em si precisam ser evidenciados, considerando que a sociedade brasileira foi forjada a partir de uma lógica cisheteronormativa, que viola os direitos de pessoas cujos corpos e expressões fogem do socialmente esperado/determinado.

Outro ponto fundamental para pensarmos as determinações para o aumento da violência contra a população LGBTQIA+, se refere ao avanço do conservadorismo. Trata-se de um fenômeno mundial, que ganha contornos bem específicos na América Latina, cujo capitalismo dependente impõe uma realidade ainda mais perversa no que diz respeito à produção e reprodução de violências.

Este é um debate fundamental para realizarmos no seio da profissão, em específico neste estudo, junto a profissionais que atuam no “território rua” que também é marcado por desproteção e violência.

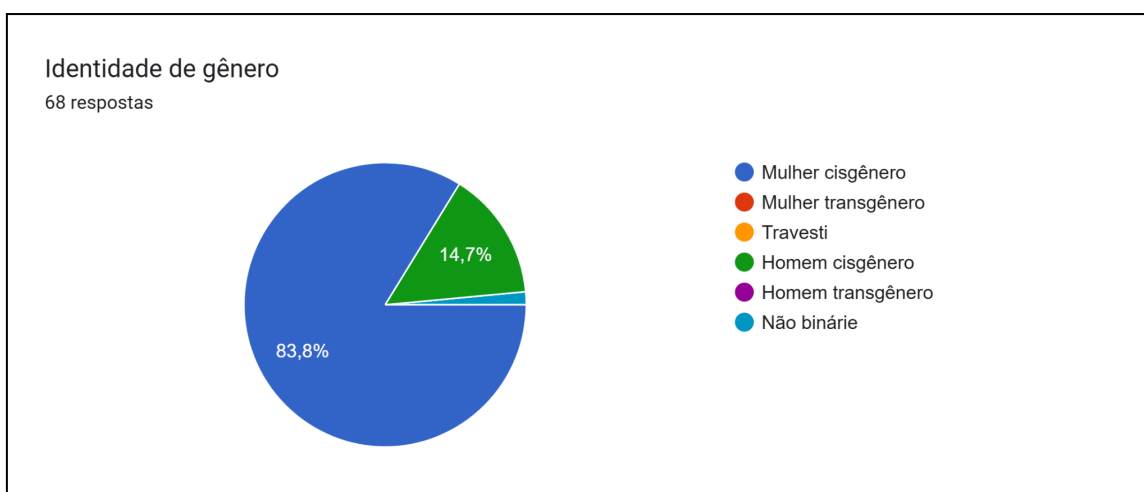
A presente pesquisa traz um dado que evidencia uma categoria profissional diversa, e que tem construído um espaço seguro a partir de uma construção coletiva que viabiliza as condições objetivas para que possamos nos autodeclarar e fazer a defesa das nossas pautas. Em pesquisa realizada pelo IBGE divulgada em 2022, cerca de 1,8% da população se autodeclara homossexuais ou bissexuais (IBGE, 2022), o que contrasta com o dado apresentado por esta pesquisa, onde mais de 20% das/os participantes se autodeclaram homossexuais ou bissexuais. Analisando o dado divulgado pelo IBGE, compreende-se que há ainda, em uma sociedade profundamente lgbtfóbica, um receio de se posicionar no mundo enquanto uma pessoa lgbt, o que explicaria um número tão baixo de autodeclarações. Esta pesquisa retorna um dado que expressa a ideia de que compomos um coletivo que se coloca no mundo enquanto corpo político que não se esconde frente à lgbtgobia, e evidencia a necessidade da construção de pautas coletivas nos enfrentamentos cotidianos diante de uma sociedade que deseja nos eliminar objetiva e subjetivamente.

Gráfico 39. Orientação sexual



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Gráfico 40. Identidade de gênero



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

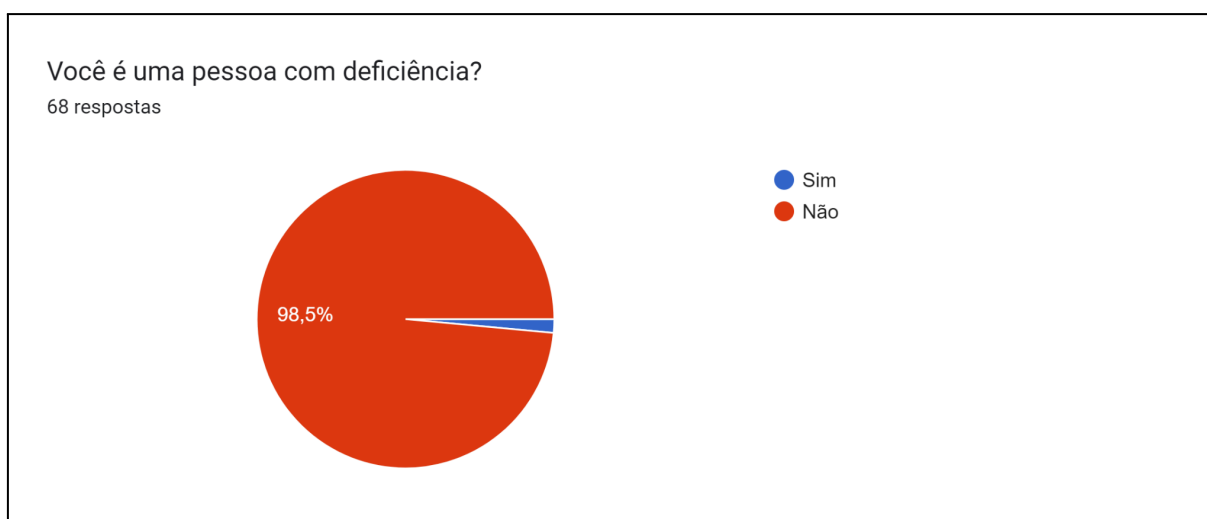
A pesquisa questionou as/os participantes acerca das deficiências. O conjunto CFESS/CRESS realizou durante esta gestão (2023/2026) um intenso debate sobre a luta anticapacitista no âmbito do Serviço Social, o que evidenciou a fragilidade do debate, a urgência de aprofundarmos a discussão e a necessidade de acumularmos repertório teórico, metodológico e operativo no que diz respeito às pautas das **pessoas com deficiência**.

Compreender a importância de superarmos a concepção biomédica da deficiência, que culpabiliza o indivíduo e impõe ao sujeito a obrigação de adaptar-se à norma socialmente determinada, é fundamental para as nossas defesas enquanto categoria profissional. Comprendemos, portanto, que as barreiras de acesso para o desempenho das atividades

cotidianas, participação política, inserção nos espaços, são construídas por uma sociedade profundamente capacitista, portanto é dever desta sociedade por meio do Estado e suas políticas públicas, eliminar essas barreiras e viabilizar acesso. Garantir meios para que profissionais com deficiência possam desempenhar as suas funções de forma plena, acessível é basilar para a materialização de um projeto ético-político que de fato caminhe na direção de uma sociabilidade sob novas bases.

Das/os participantes, 1,5% são pessoas com deficiência, muito abaixo do percentual da população geral que é de 7,3%, segundo o IBGE. O que pode expressar as barreiras impostas para o acesso ao ensino superior, e ao mundo do trabalho, como podemos observar no gráfico abaixo:

Gráfico 41. Pessoas com deficiência



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Outro ponto importante para compreendermos o perfil das trabalhadoras e trabalhadores dos Consultórios na Rua diz respeito à **formação em Serviço Social**, neste sentido a pesquisa retornou um dado bastante interessante, em que 75% das participantes da pesquisa são formadas em cursos presenciais. E esse é um dado que contrasta com a realidade da formação em Serviço Social na atualidade, em que a grande maioria tem sido ofertada por meio do ensino na modalidade à distância (EAD). O dado expressa um coletivo de profissionais bastante qualificados. Obviamente que essa é uma análise que precisa ser feita de forma cuidadosa, pois podem expressar alguns outros aspectos.

Acerca disso, existem algumas inferências possíveis. As pessoas que aceitaram

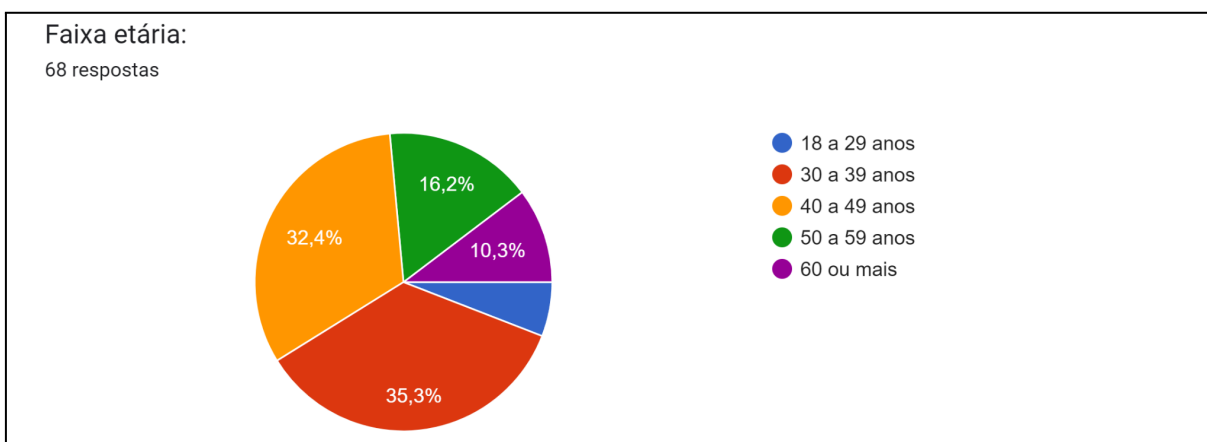
participar da pesquisa podem ter se interessado em contribuir justamente pela formação presencial, o que explicaria um número maior de participantes do presencial, o que pode não ocorrer junto à profissionais formados à distância, que não tiveram um aprofundamento da dimensão da pesquisa no processo formativo. Mas ainda assim é bastante preocupante que, dentre as participantes, 25% têm formação à distância, trata-se de um número bastante expressivo. Está abaixo do que observamos em termos de formação a nível de Brasil (CFESS, 2024), mas ainda assim é um dado preocupante. Este é um debate bastante espinhoso no âmbito do Serviço Social, porém não podemos nos furtar ao debate, uma vez que, sobretudo nos espaços de representação da categoria, conjunto CFESS-CRESS e ABEPSS, têm se posicionado de forma veemente, mas com pouca inserção e interface com essa modalidade de formação.

A educação à distância avançou a passos largos nas últimas décadas e a categoria não conseguiu absorver esse fenômeno. É preciso deixar bastante nítido o posicionamento desta pesquisa que é contrária à formação à distância. Porém, este é um dado de realidade cuja categoria não pode ignorar. Assistentes Sociais estão se formando à distância, cursos presenciais estão sequencialmente sendo encerrados, sobretudo nas universidades particulares e confessionais. O que nós temos de formação presencial se dá, sobretudo, nas universidades públicas.

O debate se qualifica a partir dos espaços de representação da categoria, que constituem-se verdadeiras bolhas, que não representam o perfil real dos e das profissionais de Serviço Social na atualidade brasileira. O EAD oferece uma formação aligeirada, com debates rasos, sem acesso a referências básicas, um ensino apostilado e que não garante uma formação que dê conta da complexidade inerente à crise estrutural do capital, sobretudo em tempos de avanço do conservadorismo, do neofascismo e do acirramento das refrações da “questão social”.

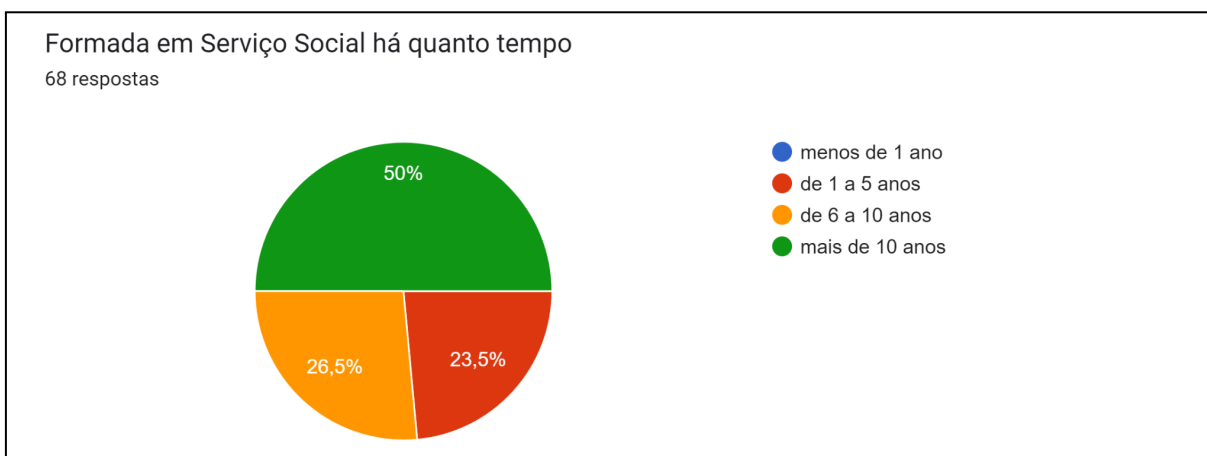
Temos também os dados acerca da faixa etária, onde mais de 67% têm entre 30 e 50 anos; metade das e dos participantes tem mais de 10 anos de formados; 75% formado na modalidade presencial; a maioria (69%) formadas/os em instituições privadas; tendo a maioria das participantes alguma formação em nível de pós-graduação. Como podemos observamos nos dados abaixo:

Gráfico 42. Faixa etária



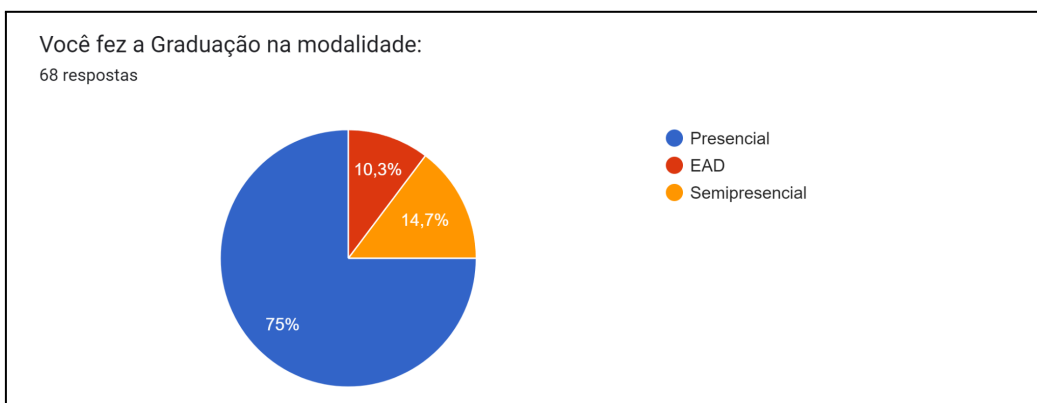
Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Gráfico 43. Tempo de formação



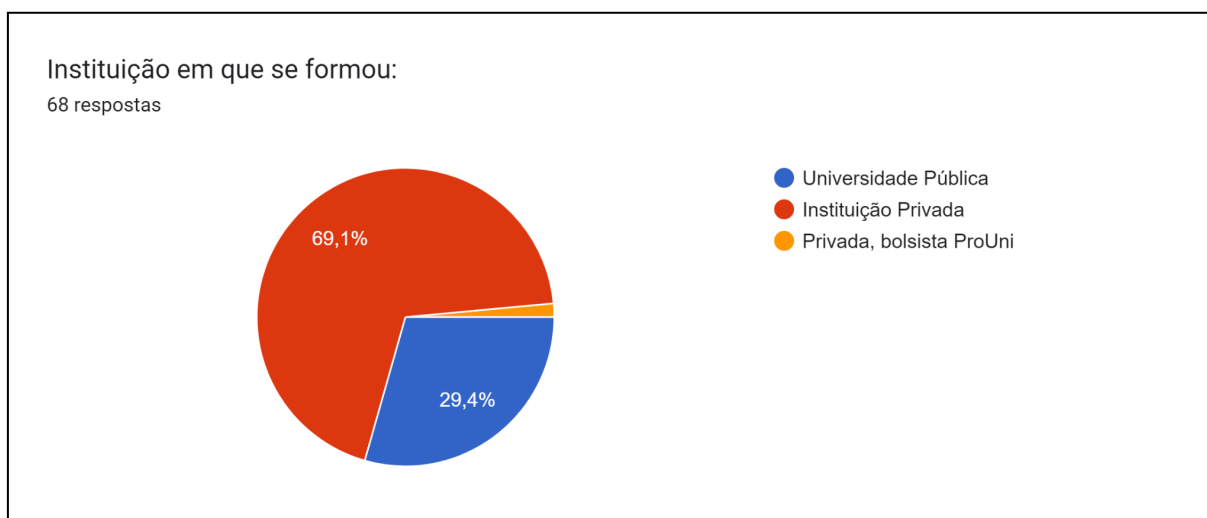
Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Gráfico 44. Modalidade de graduação



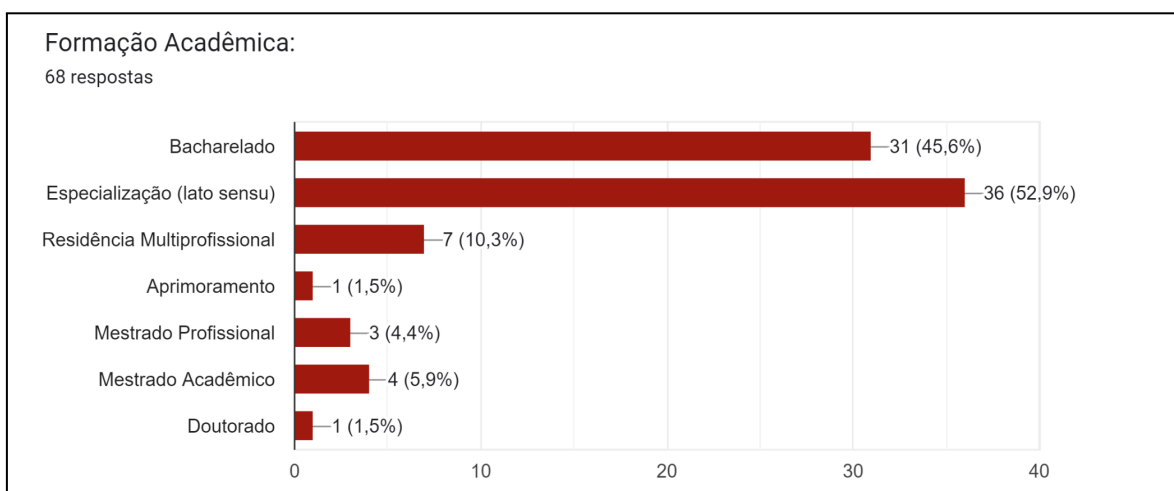
Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Gráfico 45. Instituição de formação



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Gráfico 46. Formação Acadêmica



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

A pesquisa também retornou dados acerca das condições objetivas de trabalho e do retorno remuneratório das/dos assistentes sociais. Constatou-se que aproximadamente metade das/dos participantes (48,6%) refere rendimentos de até R\$ 4.000,00 mensais, enquanto cerca de 2% recebem entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.000,00 por mês. Esses números revelam a permanência de um baixo reconhecimento salarial da profissão, sobretudo quando comparada a outras formações de nível superior (CFESS, 2016). A falta do reconhecimento remuneratório impacta a atuação profissional, assim como podemos observar na narrativa abaixo.

O que acho desmotivador é a não valorização financeira e o preconceito sofrido pelos colegas da saúde sobre nós e o público atendido. Há muito a ser feito, e as equipes deveria ser compostas por pessoas dedicadas e com perfil. Que realmente busque atender o que é desenhado nas normativas.

Esse resultado pode ser compreendido em diálogo com outro achado da própria pesquisa: trata-se de um grupo composto majoritariamente por profissionais negras e negros. Tal aspecto se relaciona diretamente com os dados do IBGE, que evidenciam a manutenção das desigualdades raciais no mundo do trabalho, onde pessoas negras recebem sistematicamente salários menores em relação a pessoas não negras, mesmo ocupando funções de mesma complexidade (IBGE, 2022). Soma-se a isso a dimensão de gênero, haja vista que o Serviço Social é uma profissão eminentemente feminina, atravessada pelas desigualdades históricas que atingem as mulheres no mercado de trabalho (HIRATA; KERGOAT, 2007).

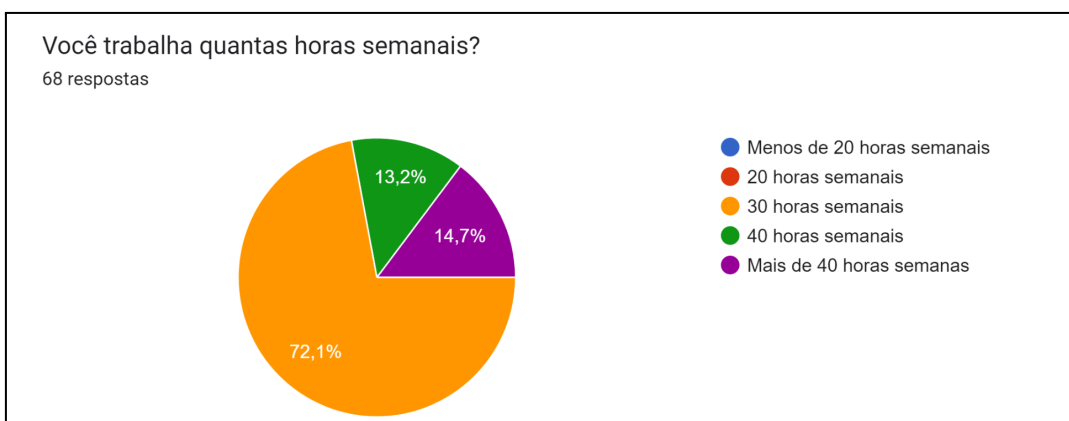
Outro dado expressivo refere-se ao número de vínculos empregatícios. A pesquisa identificou que 44,1% das/dos participantes possuem mais de um vínculo de trabalho. Tal realidade evidencia uma contradição importante: embora a categoria tenha conquistado, por meio de intensa luta política, a regulamentação da jornada de 30 horas semanais (Lei n. 12.317/2010), um contingente significativo de profissionais é impelido a acumular empregos como forma de garantir a subsistência. Esse fenômeno fragiliza a própria conquista histórica, visto que o objetivo da redução da jornada era permitir melhores condições de vida, tempo para formação continuada e valorização do trabalho.

As complexidades presentes no mundo do trabalho, expressam a precariedade produzida pelo capital que alimenta a lógica da acumulação de riquezas. A oferta de salários tão baixos evidencia a presença de força de trabalho sobrando. A manutenção de uma população de trabalhadoras e trabalhadores em condições de precárias de trabalho, como observamos a partir deste dado, é a expressão das contradições que residem no modo de produção capitalista, como afirma Marx:

Mas se uma população trabalhadora excedente é um produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza com base capitalista, essa superpopulação se converte, em contrapartida, em alavanca da acumulação capitalista, e até mesmo numa condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se ele o tivesse criado por sua própria conta. Ela fornece a suas necessidades variáveis de valorização do trabalho humano sempre pronto para ser explorado, independentemente dos limites do verdadeiro aumento populacional” (MARX, 2023, p. 707)

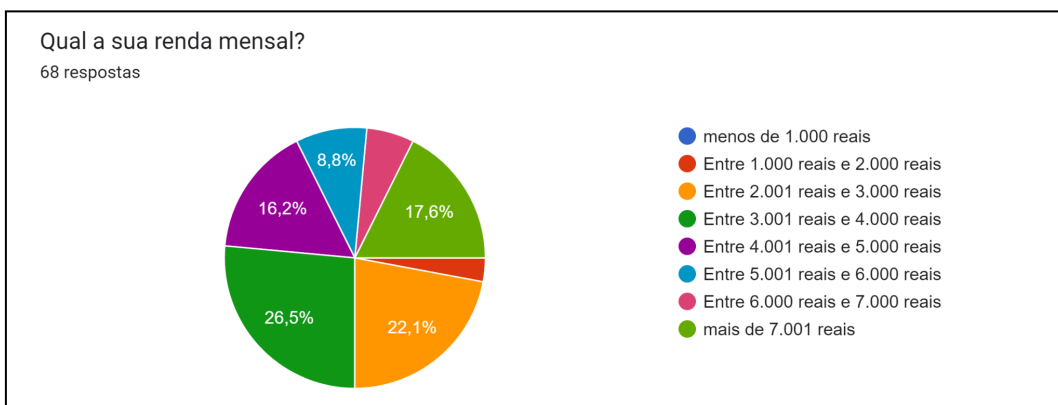
Apesar de se tratar de uma profissão de nível superior, observamos no âmbito do Serviço Social a oferta de baixos salários e de péssimas condições de trabalho que se agudizam a partir da divisão sexual, racial e social do trabalho. Nesse sentido, constata-se que as/os assistentes sociais que atuam em contextos de elevada complexidade social, como no atendimento à população em situação de rua, enfrentam, não apenas os desafios da prática cotidiana, mas também condições precárias de remuneração que impõem a busca por múltiplos vínculos laborais. Tal quadro denuncia a permanência de um reconhecimento social e econômico insuficiente da profissão, articulado às determinações estruturais de classe, raça e gênero que marcam a inserção das mulheres negras no mercado de trabalho brasileiro.

Gráfico 47. Horas de trabalho semanais



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Gráfico 48. Renda Mensal

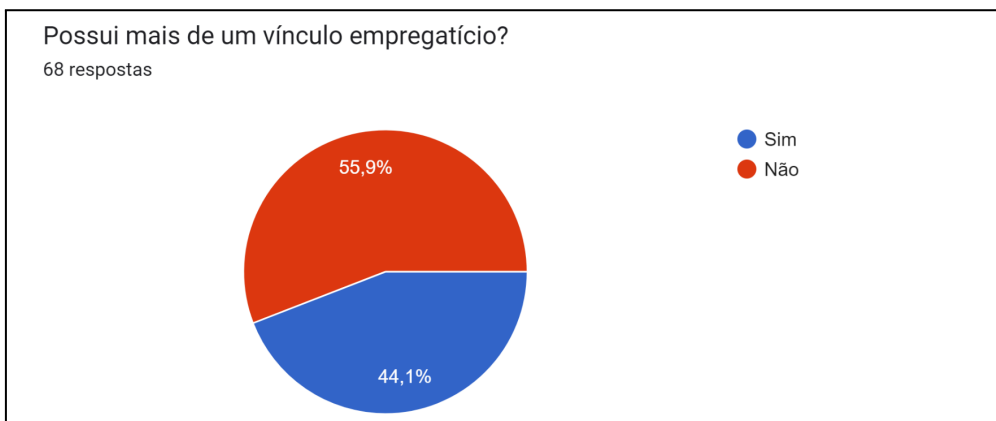


Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Os dados sobre a renda mensal das profissionais indicam um retorno remuneratório muito aquém daqueles observados em outras áreas de atuação de nível superior, onde cerca de

25% das participantes ganham o equivalente a 2 salários mínimos. Esta é uma informação que dialoga diretamente com o gráfico seguinte, onde 44,1% das/dos participantes precisam de um segundo vínculo para a garantia de seu sustento e de sua família.

Gráfico 49. Vínculos empregatícios

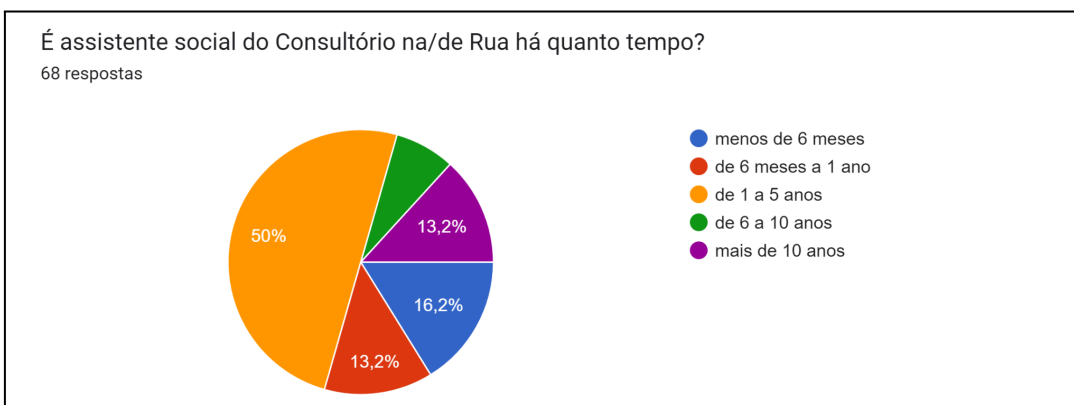


Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Por se tratar de uma estratégia recente, com pouco mais de uma década, temos um número expressivo de profissionais que atuam há menos de 10 anos na estratégia, apenas 13,2% estão inseridos nos Consultórios desde o início do Programa, assim como podemos observar na narrativa e no gráfico abaixo.

Apesar de estar menos de 6 meses na eCNR, trabalhei por 10 anos no SUS, tanto na UE quanto na Atenção Primária em Saúde e atuei, principalmente, com as questões que permeiam a saúde mental e o uso de SPAs, portanto as violações de direitos que afligem a população em situação de rua sempre estiveram no meu cotidiano profissional. Acredito que atuar na eCNR só me faz debruçar ainda mais sobre expressões da questão social caras a mim.

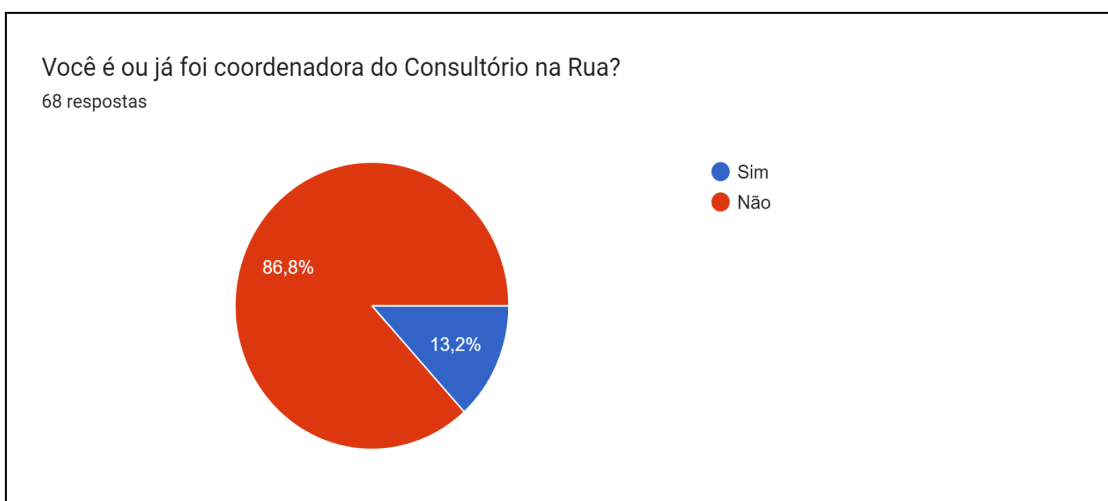
Gráfico 50. Tempo de atuação no Consultório na Rua



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

A pesquisa retorna ainda um dado sobre a inserção das/dos assistentes sociais nos espaços de gestão, e apenas 13,2% das participantes atuam ou já atuaram na coordenação do serviço. Podemos analisar que os marcadores de uma profissão eminentemente feminina, formada por uma maioria negra, determina o acesso à espaços de poder, mesmo que em nível imediato.

Gráfico 51. Coordenação do Consultório na Rua



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2025)

4.2 Especificidades do trabalho profissional das/os Assistentes Sociais das eCR

O Serviço Social contribuiu para a oferta do cartão nacional de saúde plastificados, o que impactou positivamente PSR.

Iniciamos essa análise com a narrativa de uma das assistentes sociais que relata que, em sua perspectiva, a maior contribuição do Serviço Social no trabalho desenvolvido no Consultório na Rua em que atua, foi ter conseguido ofertar o Cartão Nacional de Saúde (CNS) plastificado. Essa fala é bastante emblemática, pois revela uma dimensão importante da prática profissional e evidencia a necessidade de aprofundar o debate sobre o papel da/do Assistente Social nos Consultórios na Rua. Este é um debate importante, considerando que 94,1% das/dos participantes referem que a principal demanda para o Serviço Social dos Consultórios na Rua é o acesso à documentação.

Essa narrativa nos provoca a refletir sobre o quanto o trabalho do Serviço Social, embora comprometido com a ampliação do acesso e a garantia de direitos, muitas vezes acaba

sendo reduzido à resolução de demandas burocráticas e instrumentais. Ao mesmo tempo, ela explicita as contradições presentes no cotidiano profissional: o fato de que algo aparentemente simples, como a emissão de um cartão do SUS, ganha contornos de grande conquista, justamente pela magnitude das barreiras impostas à população em situação de rua no acesso aos serviços de saúde.

Essa realidade nos convida a aprofundar o entendimento sobre o trabalho da/do assistente social no processo saúde-doença dessa população, compreendendo que a atuação não se restringe a procedimentos administrativos, mas deve ser reconhecida como parte de um projeto ético-político que se materializa no enfrentamento cotidiano das expressões da “questão social” que se fazem presentes no “território rua”.

Diante da complexidade da realidade, dos enfrentamentos e das violências que essa população vive cotidianamente, é bastante sintomático que, dentre as inúmeras possibilidades de atuação do serviço social nessa realidade, nossa intervenção seja reduzida, muitas vezes, à oferta de um documento plastificado. Essa constatação nos leva a refletir sobre a necessidade urgente de qualificarmos esse campo de atuação, ampliando a compreensão sobre o papel do Serviço Social na saúde e sobre sua potência na mediação entre as políticas públicas e os sujeitos que delas necessitam.

Assim, esta realidade aponta, não somente para uma limitação prática, mas também para uma limitação política e institucional, que reforça a invisibilidade das demandas estruturais dessa população e restringe a ação profissional a tarefas que não alcançam a totalidade das determinações do processo saúde-doença. Qualificar essa atuação significa, portanto, reafirmar o compromisso do projeto ético-político do Serviço Social com a defesa intransigente dos direitos humanos e com a efetivação do acesso universal e integral à saúde.

A segunda principal demanda apontada pelas/os profissionais refere-se à interface com a política de Assistência Social. Essa é uma demanda absolutamente compreensível, considerando a realidade da população em situação de rua, cuja busca inicial se volta para a garantia dos mínimos sociais e das condições básicas de sobrevivência.

A política de assistência social é, em grande medida, a porta de entrada para esses direitos, uma vez que é por meio dela que se torna possível o acesso a serviços de acolhimento, alimentação e apoio material. Dessa forma, é coerente que as demandas mais imediatas dessa população estejam vinculadas à política de Assistência Social, pois é ela que responde, ainda que de forma limitada, às necessidades fundamentais de manutenção da vida.

O acesso ao Cadastro Único/benefícios socioassistenciais e aos serviços de

acolhimento está na ordem de 86,8% e 85,3%, respectivamente. E BPC 75%. Acerca destes dados, a participante compartilha a seguinte narrativa:

Acredito que é um espaço rico para o assistente social, mas ainda médico/enfermeiro centrado, na minha equipe tenho essa percepção, que os enfermeiros e técnicos de enfermagem não sabem bem o que o Serviço Social faz, só nos acionam em relação a benefícios do bolsa família ou alguma questão do CRAS. Outro ponto é o assistencialismo dos profissionais.

Nesse contexto, observa-se que o Serviço Social no campo da saúde é frequentemente acionado para garantir o acesso à Assistência Social. Essa constatação evidencia não apenas o caráter intersetorial da atuação profissional, mas também a complexidade que marca o trabalho nos Consultórios na Rua.

Trata-se de uma atuação que exige do profissional um olhar ampliado e articulado, capaz de transitar entre diferentes políticas públicas e compreender o funcionamento da rede de atenção à população em situação de rua em seu território. Assim, a intersetorialidade se apresenta, não apenas como diretriz normativa, mas como uma exigência concreta da prática profissional, que demanda articulação, conhecimento técnico e compromisso ético-político com a defesa dos direitos dessa população.

Na sequência, as/os profissionais apontaram que a população em situação de rua solicita ao Serviço Social a garantia de acesso a outros serviços de saúde. 85,3% das/dos participantes apontaram a demanda para tratamento para o uso nocivo de drogas e na sequência com 83,8%, o acesso a outros serviços de saúde. Trata-se de um dado bastante próximo da realidade de quem trabalha com essa população: a questão da saúde mental relacionada ao consumo de drogas. Essa é uma demanda bastante expressiva para o Serviço Social, cuja pesquisa indica a necessidade de qualificação no âmbito da atuação profissional, como veremos mais adiante.

Ora, se mais de 85% das profissionais afirmam que a solicitação de tratamento para dependência de drogas é uma demanda recorrente ao Serviço Social, é fundamental que a categoria qualifique sua atuação crítica e sensível à complexidade que reside nesta realidade. Considerando os atuais retrocessos no âmbito da política de saúde mental, é muito importante identificarmos como essa demanda está sendo acolhida e processada no âmbito da atuação profissional.

Prova disso é que 42,6% das/dos participantes apontam que a população em situação de rua ainda demanda do Serviço Social o acolhimento em Comunidades Terapêuticas. Esse

dado evidencia a urgência de encararmos este debate no âmbito da profissão, haja vista que o Serviço Social tem sido chamado a atuar, e a pesquisa confirma este dado de realidade. É fundamental que essa demanda, que muitas vezes se apresenta como solicitação de acolhimento em Comunidade Terapêutica, seja adequadamente acolhida, analisada e redirecionada no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Para tanto, é indispensável que a RAPS disponha de condições técnicas, operativas e ético-políticas para acolher essa população em sua complexidade, garantindo o cuidado em liberdade, integral e territorializado, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial

A pesquisa ainda retorna dados bem importantes sobre a nossa atuação junto ao fortalecimento da convivência familiar e comunitária. Cerca de 69% das/dos participantes referem que essa é uma demanda importante. A demanda por moradia, auxílio-aluguel, moradia primeiro, aparece em um quantitativo 54,4% das respostas.

A pesquisa retorna outro dado bastante expressivo, que diz respeito à insegurança alimentar. Cerca de 73,5% das entrevistadas apontam como demanda recorrente o pedido por alimento e a demanda relacionada à fome, o que revela um cenário alarmante e que, no âmbito das políticas públicas, precisa ser qualificado com urgência. Há, nesse ponto, um verdadeiro imbróglio institucional acerca dos papéis da Política de Assistência Social e da Política de Segurança Alimentar e Nutricional, compreendendo que esta não se reduz à política de Assistência, uma vez que articula as dimensões da saúde, da renda, da moradia e do trabalho.

Quem está na rua passa fome, e a fome não pode ser tratada como uma questão de caridade, mas como uma questão de Estado. O combate à fome precisa ser reconhecido e enfrentado enquanto política pública estruturante, de caráter universal e intersetorial. Não é possível continuar tratando a fome apenas por meio da distribuição eventual de marmitas ou da atuação pontual de grupos filantrópicos. Embora essas ações sejam importantes para assegurar a manutenção da vida, elas não substituem a responsabilidade do Estado em assegurar o direito humano à alimentação adequada. Reconhecer que essa é uma demanda que chega ao cotidiano do trabalho das eCR, exige que o Serviço Social e os demais profissionais articulem sua atuação com a política de segurança alimentar nos territórios, buscando incidir politicamente para que o combate à fome seja tratado como política pública permanente e não como ação emergencial.

A atuação junto às mulheres em situação de rua também retorna dados bastante

expressivos, tanto no que diz respeito ao acompanhamento de pessoas que gestam em situação de rua, onde 73,5% afirmam ser chamadas/os a atuar junto à esta demanda, quanto no que diz respeito à mulher em situação de violência, retornando um dado de 60,3%. Nós realizamos, no início deste trabalho, uma análise sobre a realidade da mulher em situação de rua, que é uma realidade bastante precária, que figura um cenário absolutamente alarmante. A mulher em situação de rua passa por situações de violência cotidianamente, e a pesquisa aponta para a necessidade de uma atuação que promova o cuidado para as expressões do feminino nas ruas.

É central que o Serviço Social tenha um olhar crítico e radical em relação ao cuidado da mulher em situação de rua para que nós não corroboramos com atuações violentas, e moralistas. É dever ético do Serviço Social romper com esse olhar que culpabiliza e fragiliza as existências femininas no “território rua”. Compreender quais são as nossas defesas em relação à saúde reprodutiva e sexual de quem está em situação de rua, é fundamental para que tenhamos um posicionamento radical em relação ao sequestro e retirada de bebês, na defesa de que essas pessoas têm o direito de receber todas as condições possíveis para exercer a maternidade/parentalidade. Portanto, essa é uma demanda altamente complexa que a profissão precisa se apropriar considerando, inclusive, o que essa pesquisa aponta que se trata de uma demanda central para a atuação no “território rua”.

Em suma, aponta-se para a necessidade da construção de um posicionamento crítico e radical em relação ao cuidado da condição feminina nas ruas. O Serviço Social, enquanto profissão alinhada às pautas da classe trabalhadora, precisa dar visibilidade para os marcadores de raça, classe e gênero neste contexto. Por esta razão, elas são ainda mais negligenciadas. Por essa razão, a nossa atuação precisa ser incisiva no que diz respeito à defesa dos direitos das mulheres em situação de rua, que sobretudo são mulheres pretas, trans, gestantes, profissionais do sexo, ocupando esse espaço.

O trabalho dos/as Assistentes Sociais com a população em situação de rua é de suma importância para efetivação de direitos, bem como, para superação das violências vivenciadas por esta população.

Reconhecimento e respeito pelo trabalho desenvolvido por nós profissionais, configura-se como desafio na atualidade.

As violências constituem uma demanda significativa para o Serviço Social no atendimento à população em situação de rua, como afirma a participante no trecho acima. A pesquisa indica que chegam ao Serviço Social denúncias de violência institucional (35%), violência policial (29,4%) e subtração de pertences por parte da zeladoria pública (33,8%), demonstrando que a vivência na rua é atravessada por múltiplas formas de violência.

Portanto, podemos observar que a profissão é acionada para atuar junto ao enfrentamento dessas violências, neste sentido é imperioso o desenvolvimento de respostas qualitativas, centradas na garantia de direitos e na proteção dessa população.

Tabela 19. Demandas apresentadas ao Serviço Social

Demandas apresentadas ao Serviço Social pela PSR		
Acesso aos serviços de acolhimento institucional	58	85,3%
Acesso a outros serviços na área da saúde	57	83,8%
Retorno ao município de origem	40	58,8%
Contato com familiares e rede de apoio	47	69,1%
Documentação	64	94,1%
Cadastramento Único/ Benefícios de Transferência de Renda	59	86,8%
Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS)	51	75%
Políticas de Habitação/ Auxílio Aluguel/Moradia	37	54,4%
Acesso à Justiça Processos judiciais e direitos humanos	39	57,4%
Tratamento para dependência química	58	85,3%
Denúncia de violência institucional	24	35,3%
Denúncia de violência policial	20	29,4%
Denúncia de roubo/furto para zeladoria pública	23	33,8%
Orientação, apoio para inserção no mercado de trabalho	41	60,3%
Pedido de alimentos/ Insegurança alimentar/ Fome	50	73,5%
Questões relacionadas à infância e adolescência	17	25%
Acompanhamento de grávidas em situação de rua	50	73,5%
Acompanhamento de famílias e situação de rua	27	39,7%
Mulheres em situação de violência	41	60,3%
Busca por pessoas desaparecidas	17	25%
Internação/acolhimento em Comunidade Terapêutica	29	42,6%
Acesso a outros serviços na área da saúde	3	4,4%
Sem resposta	1	1,5%
Acompanhamento nos tratamentos de Sífilis, hepatites, HIV e TB.	1	1,5%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2024).

A pesquisa questionou as participantes sobre a interface das/dos profissionais dos com as Comunidades Terapêuticas, a narrativa a seguir ilustra a realidade analisada:

Acredito que vivenciamos um momento de precarização da política de saúde mental

que não oferta nenhuma alternativa possível de acolhimento, sendo assim, a partir da vontade dos usuários, as comunidades terapêuticas se tornaram uma saída. Infelizmente permanecem sendo espaços que impõem uma religiosidade e uma ideia de "tratamento" que, enquanto assistente social, não concordo ou defendo, porém na realidade da minha cidade são os espaços oferecidos para uma população que se sentem expulsas e ignoradas de todos os outros. O nosso serviço de acolhimento vinculado ao CAPS AD não tem vagas o suficiente para a demanda da cidade.

A fala da participante reflete uma percepção sobre as questões que justificam o avanço das Comunidades Terapêuticas (CT), ancorada no fato de que a sua inserção se expande à medida que as outras políticas não se fazem presentes. A narrativa revela também a sedimentação de uma escolha política que relativiza as violações inerentes à este tipo de instituição.

O cenário da política no campo da saúde mental no país é bastante crítico. Nos últimos anos observamos o avanço de uma agenda conservadora, o fortalecimento de uma perspectiva neofascista e a crescente atuação das igrejas neopentecostais, que encontraram na inserção político partidária, um espaço estratégico para ampliar sua capilaridade e expandir seus projetos societários. Um indicativo concreto desse avanço é o crescimento do financiamento público destinado às CTs, garantido pela Lei Complementar 187/2021. Portanto, essas instituições que, historicamente, impõem aos usuários graves violações de direitos humanos, passaram a ter acesso a uma fatia significativa do orçamento público.

O avanço e o financiamento público das CTs configura um importante retrocesso na luta antimanicomial, pois resgata uma perspectiva de isolamento e de cuidado que aprisiona e isola, em detrimento de práticas centradas na liberdade e autonomia dos sujeitos. Esses movimentos representam perdas irreparáveis das conquistas acumuladas no campo da saúde mental, evidenciando a urgência de reafirmar e defender os princípios da luta antimanicomial.

As CTs possuem um extenso histórico de violação de direitos e violência institucional, atuando na contramão de uma abordagem de cuidado que se dá no território, junto à comunidade, respeitando as possibilidades e limitações de cada sujeito. Essa lógica suprime completamente a perspectiva de redução de danos e o avanço dessas instituições são um ataque direto à RAPS e ao desenvolvimento da política de saúde mental pautada no cuidado em liberdade.

Neste sentido, o Serviço Social, por meio do Conjunto CFESS-CRESS, têm se posicionado firmemente contra a interface da profissão com as CTs. Existe um direcionamento explícito do Conjunto sobre a atuação profissional nesse contexto: o Serviço Social deve se manter alinhado de forma radical à defesa da RAPS, o que implica que nossa atuação não deve, por uma escolha ética e política, estar associada ao trabalho das CTs.

A narrativa da participante analisa o momento atual da política de saúde mental como um período de precarização. Embora a participante não concorde com o enfoque religioso e o “tratamento” oferecido pelas CTs, ela reconhece que, em muitas situações, essas instituições surgem como a única alternativa disponível. Esse é um dado de realidade que não pode ser ignorado.

As entidades representativas da categoria pautam que o posicionamento do Serviço Social precisa ser radicalmente contrário à atuação no âmbito das CTs, defendendo sempre o cuidado em liberdade e a promoção da autonomia dos sujeitos. Ao mesmo tempo, a narrativa evidencia o vazio existente no âmbito das políticas públicas e a necessidade de qualificar a política de saúde mental, ampliando recursos materiais e humanos e fortalecendo a capacidade operativa da RAPS.

O sucateamento do CAPS e a desarticulação da RAPS, configuram um projeto político que fortalece a lógica manicomial, promove o avanço das CTs e mantém a centralidade dos hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, a narrativa da participante encontra fundamento na realidade atual da política de saúde mental, marcada por um projeto que fragiliza os serviços públicos para garantir o avanço de uma perspectiva religiosa conservadora, imposta pelo discurso da classe dominante.

O CFESS posiciona-se contra o modelo das Comunidades Terapêuticas, que considera antagônico à Reforma Psiquiátrica Brasileira e aos princípios ético-políticos da profissão, defendendo o cuidado em liberdade e a defesa de direitos. A atuação das/dos Assistentes Sociais, pautada pelo código de ética, deve focar na garantia de direitos e no acesso a serviços públicos e equipamentos de saúde mental.

Posicionamento do CFESS sobre Comunidades Terapêuticas:

- Posição Antimanicomial: O CFESS defende um sistema de saúde mental baseado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e em serviços públicos, em contraposição às comunidades terapêuticas, que historicamente promovem práticas manicomiais.
- Conflito com o Projeto Ético-Político: A profissão se posiciona contra qualquer espaço que viole direitos e liberdades, e vê as comunidades terapêuticas como exemplos disso.
- Defesa do Cuidado em Liberdade: O Conselho busca defender o cuidado em liberdade e os direitos das pessoas que usam drogas ou têm questões de saúde mental.

Atuação do Assistente Social:

- Acesso a Direitos: A função principal do assistente social é garantir que

usuários e seus familiares tenham acesso aos seus direitos assegurados na Constituição Federal, como acesso à rede de saúde e outros serviços.

- Compromisso com a RAPS: A categoria do Serviço Social defende e participa ativamente do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos equipamentos públicos de saúde mental.

- Funções Privativas: A atuação deve respeitar as competências e atribuições privativas definidas pela Lei nº 8.662/93 e os princípios do Código de Ética.

Este é um debate central no cuidado em saúde da PSR, uma vez que esta população é alvo preferencial da atuação das CTs, que se valem da fragilidade ou inexistência de vínculos familiares e comunitários e do vazio de outras políticas públicas para monetizar esses corpos, que passaram a ser úteis ao processo que justifica a captação de recursos públicos por parte das CTs.

O debate sobre o vazio das políticas públicas incide sobre a questão da moradia, onde cerca de 54,% das profissionais referiram que esta é uma demanda recorrente e de grande relevância no cotidiano de trabalho. Essa informação reforça a centralidade que a questão habitacional ocupa na realidade da população em situação de rua, evidenciando que a ausência de moradia é não apenas uma expressão da desigualdade social, mas também um elemento estruturante das múltiplas violações que atingem esse grupo populacional, entre elas a inserção em CTs.

Trata-se, portanto, de uma demanda que ultrapassa o campo da Assistência Social e exige a articulação intersetorial com as políticas de habitação, saúde e trabalho, além de tensionar a necessidade de implementação de programas como o “Moradia Primeiro” (Housing First), que parte do reconhecimento do direito à moradia como condição para o exercício de outros direitos e para a reconstrução da autonomia.

Apesar de ainda existir um número significativo de Assistentes Sociais que realizam encaminhamentos para comunidades terapêuticas, mais relevante é o dado de que 80,9% das participantes não fazem esse tipo de encaminhamento. Esse dado permite uma leitura otimista do cenário no campo do Serviço Social, pois evidencia o posicionamento político firme da categoria. Em tempos marcados pelo avanço de discursos conservadores, neofascistas e anticientíficos, é altamente significativo que a categoria reafirme seu compromisso com a defesa da RAPS e do cuidado em liberdade.

As profissionais foram questionadas sobre o motivo pelo qual o Serviço Social realiza o encaminhamento para as CTs. Das 19,1% das assistentes sociais que realizam

encaminhamento, 22,5% o fazem pois o Serviço Social encontra-se inserido no fluxo do município para encaminhamento para as CTs.

A pesquisa retornou dois dados bastante significativos sobre a interface do Serviço Social com essas instituições, revelando a fragilidade de outras políticas públicas. Entre os motivos apontados pelas Assistentes Sociais para a realização dos encaminhamentos, 22,7% indicam que as CTs são acionadas por atenderem simultaneamente às demandas de saúde e moradia. Outro motivo relevante é que, nos municípios em que atuam, muitas vezes não há vagas disponíveis em serviços de acolhimento, como casas de passagem e abrigos provisórios. Assim, observa-se que as CTs acabam sendo acionadas para suprir lacunas deixadas por outras políticas públicas.

Este dado nos leva à conclusão de que uma rede bem estruturada, com políticas de assistência, saúde e habitação robustas, permite com que as pessoas em situação de rua sejam cuidadas, acolhidas e atendidas em seus territórios, sem a necessidade de recorrer às CTs. O fato de serem acionadas justamente pela ausência ou insuficiência dessas políticas evidencia o projeto de Estado neoliberal. Trata-se de um projeto político deliberado de sucateamento da coisa pública que cria espaço para a inserção de intervenções religiosas no âmbito do cuidado em saúde mental, fragilizando a perspectiva da atenção em liberdade e fortalecendo o modelo manicomial.

Tabela 20. Motivos pelos quais os profissionais encaminham para Comunidades Terapêuticas

Comunidades terapêuticas: O Serviço Social encaminha pois		
Esse é o fluxo para casos de internação no município em que atuo	5	22,5%
Não há leitos da RAPS (Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, CAPS, AD...)	4	18,2%
Pela falta de vagas em Acolhimento (Casa de Passagem, Abrigo Provisório)	6	27,3%
A População em situação de rua tem acesso facilitado às Comunidades Terapêuticas	4	18,2%
As Comunidades Terapêuticas atendem ao mesmo tempo uma demanda de saúde e moradia	5	22,7%
Nenhuma das respostas	3	13,6%
Na verdade, não encaminhamos para Comunidade Terapêutica	1	4,5%
Dentro do fluxo do município que encaminha os usuários para internação são CAPS	1	4,5%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2024).

Outro ponto abordado acerca das especificidades do trabalho de Assistentes Sociais nos Consultórios na Rua, foi a questão das situações complexas no âmbito da atuação profissional com a narrativa de uma das participantes que aponta para a preocupação da atenção destinada a crianças e adolescentes no contexto das ruas.

Necessita ampliar equipes de cnar em Salvador pelo alto números de pessoas em situação rua e criar uma atenção maior ou estratégias de cuidado para crianças e adolescentes/juventude na Rua.

A pesquisa aponta que cerca de 20% das participantes atendem crianças, e 38% realizam atendimento à adolescentes em situação de rua, o que analisamos ser um número bastante expressivo. Entendemos que a questão das crianças e adolescentes em situação de rua tem outra configuração pós Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e que atualmente o contexto de rua está muito mais relacionado à exploração da mão de obra infantil, exploração pelo tráfico, do que à moradia ou vivência na rua de fato. Mas esta é uma questão de alta complexidade e que demanda uma articulação no nível de política pública bastante complexa para garantir o apoio e a proteção à criança e também à sua família e à comunidade em que estão inseridos.

Segundo o IBGE (2024), a proporção de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos de idade em situação de trabalho infantil era de 5,2%, em 2016, e foi para 4,5%, em 2019. Em 2022, essa prevalência interrompeu a sequência de quedas observadas na série histórica e subiu para 4,9%. Já em 2023, esse indicador voltou a cair, chegando a 4,2%, o menor percentual da série histórica. A pandemia pode explicar o fato de que o país acumulava quedas até 2019, tendo o indicador voltado a cair depois de 2023. Na pandemia, foi nítida a presença de crianças nos faróis, trabalhando para o tráfico de drogas, pois se tratou de um momento de grande fragilidade econômica para as famílias, e as crianças e adolescentes que estavam fora da escola, foram às ruas garantir o próprio sustento e de suas famílias. À época, um levantamento da Secretaria Municipal de Ação Social de Franca (SP), mostrava que 34% das crianças e dos adolescentes nas ruas foram associados para o tráfico de drogas. A pesquisa identificou ainda que 2,9% deles são vítimas de exploração sexual. (G1 Ribeirão).

O Movimento Nacional de Meninas e Meninos de Rua (MNMMR), tem realizado um debate importante sobre o fato da Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto nº 7053) invisibilizar as pautas dos diferentes segmentos que compõem a rua, dentre elas a pauta das infâncias. A política, apesar de fazer referência à uma população heterogênea,

reforça o imaginário de um corpo genérico, apaga a diversidade presente na rua, e nos remete a um grupo formado por homens adultos. E a presente pesquisa coaduna com o debate sobre a importância de darmos visibilidade às especificidades e complexidades presentes na rua.

A questão de saúde mental é a demanda complexa com a qual o Serviço Social mais atua nos Consultórios na Rua. Esse dado evidencia a necessidade de um fazer profissional qualificado no manejo desses casos, que seja capaz de promover um cuidado integral e sensível às especificidades da população em situação de rua, reconhecendo a complexidade das condições de saúde mental e a importância de respostas que vão para além do acolhimento imediato, articulando-se com a RAPS e demais políticas públicas pertinentes. Para a maioria das participantes (89,7%), os casos de maior complexidade são aqueles que envolvem questões de saúde mental no contexto da rua. Isso evidencia que a atuação do Serviço Social no Consultório na Rua, que é uma estratégia da atenção primária, tem como desafio pautar um cuidado em saúde mental que se dá a partir da lógica da RAPS, da Redução de Danos, matriciado e que assegure uma atenção na rua, enquanto território coletivo que também produz vida. Seguido da questão das gestantes, 76,5% das participantes apontam a situação das gestantes como uma das situações de maior complexidade vivenciada na atuação profissional.

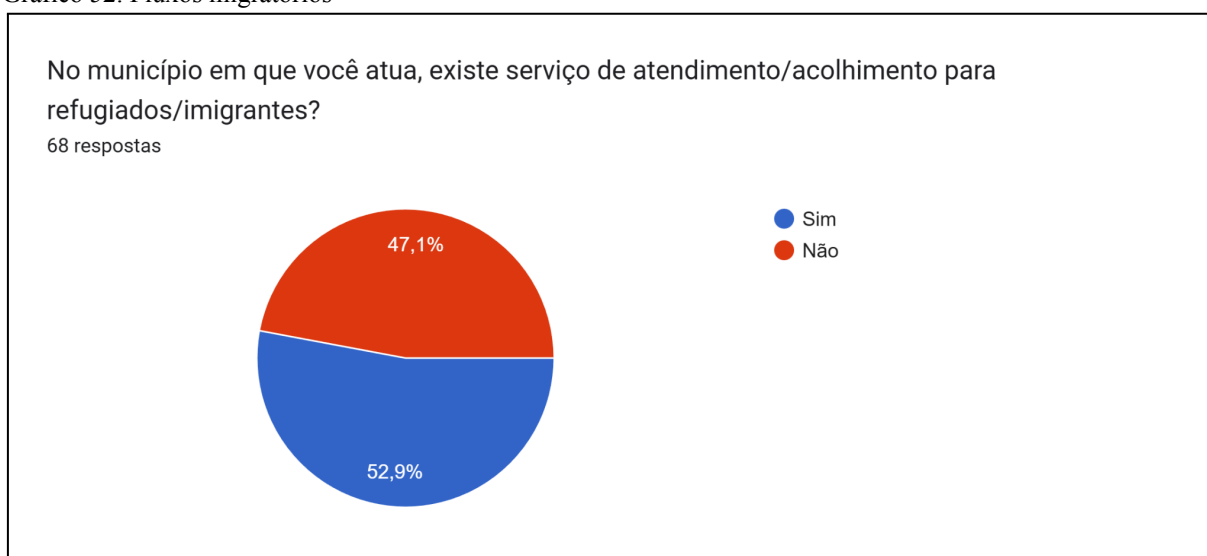
Outro dado bastante relevante da pesquisa é que 76,5% das participantes identificaram a presença de pessoas idosas em situação de rua como uma demanda complexa. Embora o envelhecimento seja um processo natural da vida, no contexto das ruas este processo torna-se uma questão de alta complexidade, dada a fragilidade física, violações e negligências vivenciadas por esta população. Oferecer cuidado à pessoa idosa nesse contexto exige atenção diferenciada, articulando saúde, proteção social e acompanhamento contínuo. Para o Serviço Social que atua nas ruas, esse grupo representa um desafio central, pois demanda uma articulação intersetorial, capaz de enfrentar tanto as necessidades de saúde, quanto os riscos impostos pelo espaço urbano e as violências impostas por esta realidade. Enfrentando, neste contexto tão complexo, o atravessamento do etarismo como um marcador fundamental de determinação do processo saúde-doença.

Tabela 21. Casos complexos

Sobre os casos de maior complexidade, você atende ou já atendeu no contexto das ruas:		
Pessoas idosas	52	76,5%
Crianças	14	20,6%
Adolescentes	26	38,2%
Pessoas com Deficiência	40	58,8%
Gestantes	52	76,5%
Pessoas com transtornos mentais graves	61	89,7%
Refugiados/Imigrantes	30	44,1%
Indígenas	1	1,5%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2024).

Gráfico 52. Fluxos migratórios



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2024).

A pesquisa também evidencia a complexidade da atuação junto a pessoas e famílias refugiadas e imigrantes. O fluxo migratório observado na última década impactou o perfil da população em situação de rua, sobretudo nos grandes centros. O relatório sobre as dinâmicas migratórias nas macrorregiões do Brasil do Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), apresenta que os pedidos de refúgio são realizados em maior número por venezuelanos (39,8%), seguidos por cubanos (32,7%) e angolanos (5%). Essa realidade impõe desafios significativos, considerando barreiras culturais, linguísticas e sociais, e exige da/do profissional uma atuação qualificada, sensível e articulada.

Como já mencionado, as questões apresentadas aos participantes são fruto da reflexão do fazer profissional e de um olhar crítico sobre o cotidiano profissional. Observa-se, nesse contexto, uma incompreensão recorrente sobre os limites da atuação do Serviço Social, o que

frequentemente se traduz em demandas institucionais que conflitam com o Código de Ética da profissão e com a perspectiva de garantia de direitos e defesa da população atendida. Por essa razão, as/os assistentes sociais foram questionadas sobre situações em que, na percepção das participantes, a atuação profissional extrapola os limites éticos, configurando práticas que ferem o Código de Ética e não correspondem às atribuições do assistente social no exercício de sua função.

No que se refere a ações que extrapolam o escopo da atuação profissional do Serviço Social, os dados revelam situações preocupantes. Cerca de 33,8% das participantes relataram ter sido chamadas, obrigadas ou coagidas a acompanhar usuários em internação em leitos hospitalares, uma atribuição que nitidamente não compete ao Assistente Social. Além disso, 27,9% das entrevistadas afirmaram ter sido impelidas a desempenhar funções de outros profissionais, e o mesmo percentual indicou ter sido convocado ou coagido a participar de ações de caráter higienista.

Ao nos referirmos à ações higienistas, compreende-se um conjunto de práticas que visam a retirada de pessoas em situação de rua dos espaços públicos, a internação involuntária ou compulsória, o encaminhamento forçado para comunidades terapêuticas, bem como ações que buscam deslocar essa população para outros municípios. Em síntese, tratam-se de intervenções que têm como objetivo “limpar” os espaços urbanos, suprimindo a presença das pessoas em situação de rua.

Os dados a seguir também evidenciam uma fragilidade presente no mundo do trabalho, que extrai das trabalhadoras e trabalhadores as condições para realizar os enfrentamentos necessários à defesa dos direitos da PSR. Em uma sociedade cujo projeto conservador e neofascista encontra-se em curso, a realidade de contratos precarizados, terceirizados e parceirizados de trabalho, muito presentes no contexto dos Consultórios na Rua (como esta pesquisa já evidenciou), impactam nas defesas necessárias no atual contexto social e político.

Tabela 22. O profissional já foi coagido ou obrigado a:

No Consultório na Rua você já foi coagido ou obrigado à:		
Trabalhar fora do horário de expediente	20	29,4%
Assinar documentos como responsável por um/a usuário/a internado/a	8	11,8%
Entregar Cesta Básica	4	5,9
Participar de ações higienistas	19	27,9%
Participar de retirada/sequestro de recém-nascidos	1	1,5%
Intervir em captura para internação compulsória	8	11,8%
Atuar ações da Polícia Militar e Guarda Municipal	9	13,2%
Desempenhar função de outros profissionais	19	27,9%
Acompanhar usuário internado em leito hospitalar	23	33,8%
Intervir em condução forçada de usuário para outro município	2	2,9%
Pronto socorro exigir responsabilidade de retirada de usuário do local	1	1,5%
Acompanhar usuário em consulta médica	1	1,5%
Nenhuma das alternativas	10	14,9%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2024).

A situação de rua, por si só, já se configura como uma grave violação de direitos humanos. Para além dessa condição, as pessoas que vivem nas ruas enfrentam violações cotidianas relacionadas à saúde, ao acesso às políticas públicas e à própria garantia de estar, permanecer e existir nos espaços da cidade. Nesse sentido, as participantes foram questionadas sobre as principais violações de direitos vivenciadas pela população em situação de rua que elas identificam em suas práticas profissionais, como podemos observar nesta narrativa:

Me sinto frustrada, a rede não funciona, o racismo, preconceito e a falta de informação afetam o atendimento à essa população que já vive tão marginalizada. É triste ouvir os relatos e não poder fazer muito porque o município não oferece o suporte necessário.

A análise inicia-se com a narrativa de uma das participantes, que expressa frustração diante do mau funcionamento da rede de atendimento e ao presenciar o racismo e o preconceito que atingem essa população diariamente. Seu relato evidencia, ainda, um sentimento de tristeza e impotência diante da limitação de recursos e da falta de serviços públicos adequados para o acolhimento, dentro de uma perspectiva de rede, na qual todas as políticas e serviços compartilham a responsabilidade pelo cuidado e atenção à população em situação de rua.

A atuação junto à população em situação de rua exige um olhar atento às constantes

violações de direitos, uma vez que essas violações não apenas são naturalizadas, como muitas vezes são incentivadas pelo discurso conservador. Essa população é frequentemente percebida sob uma lógica moralizante e culpabilizante, sendo rotulada como “desocupada”, “vagabunda” ou “inútil”. Tais representações sociais legitimam e reforçam práticas de violência, dificultando o reconhecimento da população em situação de rua como sujeitos de direitos, pessoas autônomas e dotadas de autodeterminação.

Nesse sentido, as participantes foram questionadas sobre as violências e violações de direitos que presenciam no cotidiano de sua atuação profissional junto à população em situação de rua. Observa-se a capacidade técnica das profissionais em reconhecer e analisar os processos de violência que afetam a população em situação de rua. Busca-se, com isso, capturar o movimento de superação da visão de senso comum e da perspectiva crítica frente às violações de direitos, compreendendo as experiências cotidianas dessa população de forma reflexiva e fundamentada.

Nesse contexto, 58,8% das entrevistadas relataram já ter identificado, em seus atendimentos, situações relacionadas à violência policial, enquanto 64,7% apontaram a ocorrência de violência institucional.

Outro dado relevante identificado na pesquisa refere-se às situações de racismo percebidas no cotidiano profissional, 55,9% das participantes relataram ter identificado episódios de racismo durante suas atuações na rua, abrangendo tanto formas mais gerais quanto manifestações específicas de racismo institucional, que foram reconhecidas por 47,1% das participantes. Esses dados indicam que um número expressivo de profissionais consegue realizar essa mediação e identificar o racismo no exercício de sua prática. No entanto, considerando que a população em situação de rua é composta por, aproximadamente 70% de pessoas negras, é preocupante que apenas metade das assistentes sociais consiga identificar o racismo presente no cotidiano dessa população. Esse olhar desatento evidencia a necessidade de seguirmos debatendo a questão étnico-racial enquanto elemento central que organiza e determina a produção de cuidado e de vida. O aprofundamento dessa discussão viabiliza compreender as estruturas de poder e desigualdade racial, reforçando a importância da formação continuada e do desenvolvimento de competências reflexivas que permitam à atuação profissional confrontar e desnaturalizar o racismo estrutural.

A partir da compreensão de que o racismo é um sistema de exploração e opressão que estrutura as relações sociais, é possível perceber que ele nem sempre se manifesta de forma explícita. Muitas vezes, e na maioria das situações, o racismo opera no nível das estruturas, de

forma dissimulada, cínica e escamoteada: quando a população negra enfrenta dificuldades de acesso a serviços sem nenhuma justificativa aparente, ou quando há uma super-representação de pessoas negras nos espaços precarizados, são expressões de um racismo cujo nível de sofisticação extrai da sociedade os meios para identificá-la, e consequentemente, enfrentá-la.

No contexto da rua, o racismo se manifesta no tratamento dispensado pela polícia, seja militar, civil ou municipal, bem como nas condições de adoecimento e nas restrições às possibilidades de cuidado disponíveis a essa população. Nesse sentido, é sintomático que apenas metade das assistentes sociais consiga identificar essas situações, pois compreender o racismo estrutural exige um olhar atento que desvele relações de poder, desigualdade e discriminação presentes na base da sociedade.

As situações de violação de direitos relacionadas à experiência de racismo da população em situação de rua vão muito além da ocorrência de injúria racial explícita. O mais preocupante é a forma como a sociedade em geral percebe, trata e escolhe abordar essa população. A opção do Estado em tratar a população em situação de rua a partir de uma lógica centrada na segurança pública revela a continuidade de um projeto de eugenia, que perpetua o ódio, o desprezo e a morte de corpos negros. A seguir, os quadros apresentam os dados acerca das situações de violências identificadas pelas participantes, na sequência os serviços e políticas acionadas para o manejo das situações identificadas:

Tabela 23. Situações de violação de direitos

Situações de violações de direitos vivenciadas pela PSR, quais você já identificou em sua atuação?		
Situações de racismo na rua	38	55,9%
Racismo institucional	32	47,1%
Violência policial	40	58,8%
Violência institucional	44	64,7%
Acesso às Políticas Públicas negado ou dificultado pelo fato de estar em situação de rua	57	83,8%
Acesso negado por falta de documentação	58	85,3%
Sequestro/Retirada de bebês	11	16,2%
Intervenções higienistas	38	55,9%
Intervenções compulsórias	19	27,9%
Retirada/Roubo de pertences	29	42,6%
Arquitetura hostil	29	42,6%
Outras	5	7,4%
Nunca presenciei situação de violação de direitos	3	4,4%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2024).

Tabela 24. Violação de direitos e encaminhamentos

Se presenciou algumas das violações, você encaminhou ou articulou para intervenção		
Defensoria Pública do Estado	29	41,2%
Ministério Público	18	26,5%
Conselhos de Direitos	17	17,6%
Segurança Pública	7	10,3%
Não foi necessário	23	33,8%
Não informamos interlocução que intermedia	1	1,5%
Coordenação do consultório de rua	1	1,5%
Ouvidoria	1	1,5%
Articulação intersetorial	1	1,5%
Sem resposta	1	1,5%
Outros	1	1,5%
Discussão em Câmara Técnica	1	1,5%
Demais serviços da rede municipal	1	1,5%
Supervisão de Saúde	1	1,5%
CREAS	1	1,5%
Coordenação Municipal de Saúde da PSR	1	1,5%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2024).

Ainda dialogando sobre violação de direitos, apresentamos os dados acerca do acesso aos meios para a garantia da manutenção da vida e atendimento das necessidades básicas. Entende-se que o acesso à alimentação, água potável e higiene pessoal, por exemplo, é o mínimo que as políticas de atenção à PSR devem garantir. Porém, os números que esta pesquisa retorna são muito expressivos, sobretudo o dado acerca do acesso à água potável, em que apenas 33% das participantes referem que a população atendida tem acesso facilitado, e 8,8% referem que a rede dos municípios que atuam não dispõem de nenhum dos atendimentos relacionados.

Tabela 25. Acesso facilitado

No seu município, a PSR tem acesso facilitado à:		
Alimentação	40	70,6%
Banho, banheiro e higiene pessoal	43	63,2%
Água potável/Bebedouros	23	33,8%
Bagageiros	7	10,3%
Lavanderias Sociais	6	8,8%
Acolhimento Institucional	29	42,6%
Acolhimento com entrada permitida para animais	11	16,2%
Passagem para município de origem/ Recâmbio	30	44,1%
Serviço de Saúde do território	45	66,2%
Serviços de Urgência e Emergência	45	66,2%
Serviços de Saúde Mental	42	61,8%
Nenhuma das alternativas	6	8,8%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2024).

Um debate central para esta pesquisa, refere-se ao diálogo ou aproximação das/dos profissionais com os Movimentos Sociais da PSR. A partir da experiência desta pesquisadora que em 2022, como parte da pesquisa desenvolvida para o doutorado, organiza com o Grupo de Estudos QUAVISSS um evento para discutir a atuação profissional junto à saúde da população de rua. O evento contou com a participação de profissionais de todo o território nacional, com atividades que ocorreram simultaneamente, porém, um fato nos chamou muito a atenção, a única atividade que não teve nenhuma procura dos profissionais, foi a que se propôs a discutir Movimentos Sociais. Aquele episódio nos levou à necessidade de pensarmos nesta pesquisa, sobre a inserção profissional junto aos Movimentos Sociais, uma vez que se trata de uma perspectiva do ponto de vista da atuação profissional, fundamental para as defesas que nos propomos a fazer em consonância com o projeto ético política da profissão.

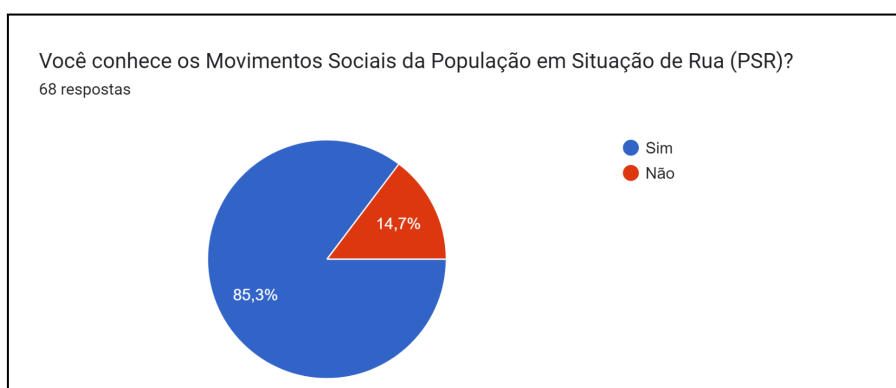
A pesquisa revelou que 52,9% das participantes afirmaram que existe algum movimento social da PSR em seu município. Esse percentual é relativamente baixo, indicando que cerca da metade das/dos profissionais atuam em contextos locais com incidência dos movimentos organizados disponíveis.

Quando questionadas sobre o apoio a esses movimentos, apenas 33,8% das profissionais relataram desenvolver esse tipo de atuação. Esse dado corrobora com uma problemática já identificada na trajetória desta pesquisa: a atuação das/dos assistentes sociais

junto aos movimentos sociais ainda é limitada, sinalizando a necessidade de reflexão crítica sobre o papel da profissão na articulação com ações coletivas e na ampliação da voz da população em situação de rua. Dialogar e ouvir a rua é central para a produção de um cuidado que faça sentido para a população usuária. O cuidado que não é construído junto é prescrição, apoiar a organização política da PSR também é nosso dever ético, para a construção de uma política pública que garanta a participação da rua em todas as etapas, desde o planejamento, até a execução e avaliação.

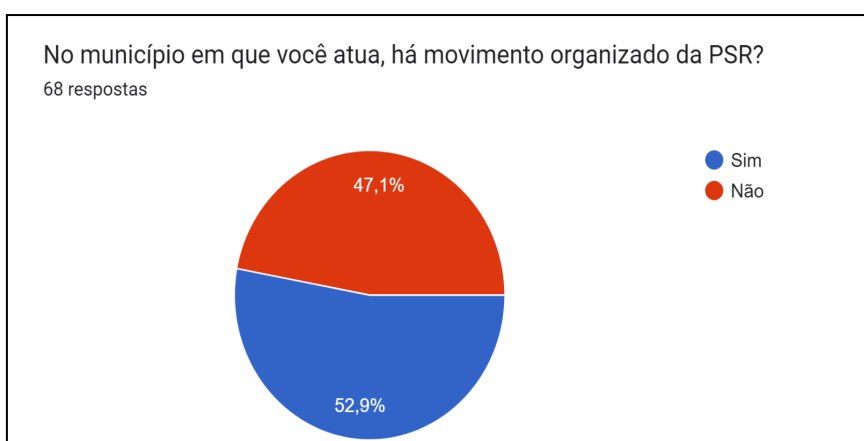
O distanciamento da categoria com a atuação junto aos Movimentos Sociais, que esta pesquisa evidencia, é sintomático deste tempo de esvaziamento dos espaços de luta coletiva, se o nosso projeto ético-político pautava uma nova sociabilidade, não faz sentido que essa luta não esteja radicalmente alinhada aos movimentos de organização coletiva da classe trabalhadora.

Gráfico 53. Conhece os Movimentos Sociais?



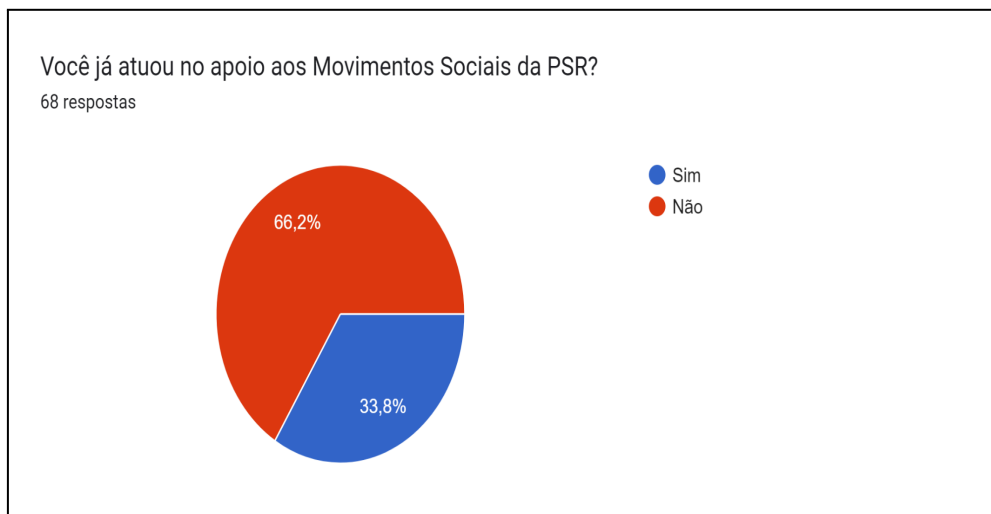
Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2024).

Gráfico 54. Movimento Social nos municípios



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2024).

Gráfico 55. Apoio das assistentes sociais aos Movimentos



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2024).

Um dos objetivos da pesquisa é buscar identificar quais estratégias de ordem prática, Assistentes Sociais que atuam nas ruas, precisaram lançar mão para atender às especificidades do trabalho desenvolvido no “território rua”, assim como as demandas que se apresentam institucionalmente nos Consultórios na Rua. A dimensão técnico-operativa, segundo Guerra (2006), é a dimensão mais elaborada e sedimentada da profissão. Por esta mesma razão, a presente pesquisa se propõe a olhar para este aspecto do fazer, compreendendo que instrumentalidade é mais que somente o conjunto de instrumentais, é ação dotada de intencionalidade crítica. Portanto, as participantes foram questionadas sobre os instrumentais mais utilizados e a necessidade da criação de novos instrumentais.

Considerando que a atuação dos profissionais da área da saúde tem no espaço físico dos consultórios, um importante elemento de validação do fazer profissional: a organização do espaço sócio ocupacional, a disposição dos móveis na sala de atendimento, a mesa que coloca entre o profissional e o usuário, o jaleco, são todos elementos que comunicam uma determinada relação de poder no campo da saúde. Neste sentido, o trabalho nas ruas é também contra hegemônico e desloca o profissional para o novo, o inesperado e o desconhecido. Os muros institucionais representam uma barreira de acesso às pessoas em situação de rua e, reconhecendo este fato, é que a estratégia propõe um atendimento que vá ao encontro e que promova acesso. Entendendo o “território rua” enquanto espaço a ser (re)conhecido, partimos do pressuposto de que há uma expertise própria, e a necessidade de um fazer criativo que essa pesquisa se propõe a revelar. Os dados a seguir abordam como

esses assistentes sociais têm lidado com a dimensão técnico-operativa, as possibilidades para atuação e a necessidade da criação de novos instrumentais para dar conta da complexidade da atuação no contexto das ruas.

Os instrumentais mais utilizados se relacionam com o trabalho de articulação de rede: o encaminhamento, articulação de rede, discussão de caso. O que evidencia e se conecta com o dado também levantado por essa pesquisa sobre as principais demandas apresentadas ao Serviço Social se dão em uma perspectiva intersetorial, sobretudo na articulação com a política de assistência social. Considerando o conceito de instrumentalidade, é possível compreender que os instrumentais apontados pelas/os participantes servem às necessidades postas pela população atendida, porém revela uma atuação bastante centrada no atendimento individual.

Fica muito evidente que os atendimentos em grupo são apontados em um número muito menor se comparado aos instrumentais utilizados para atender as demandas individuais. O trabalho de discussão de caso, por exemplo, pode ter como objetivo a promoção de uma atuação coletiva, que cria parâmetros para a atuação em outros casos, soluções e respostas para futuras demandas. Mas, em geral, os espaços para discussão de caso acabam se restringindo à avaliação de casos específicos para atendimento de demandas emergenciais/complexas de forma pontual.

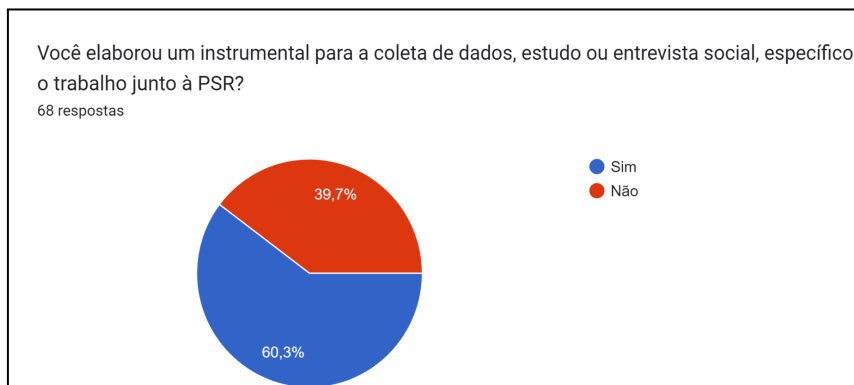
Os dados evidenciam que o trabalho em grupo, coletivo, é uma fragilidade na atuação do Serviço Social dos Consultórios na Rua.

Tabela 26. Instrumentais mais utilizados

Competência técnico-operativa: instrumentos mais utilizados		
Encaminhamento	65	95,6%
Acolhimento	54	79,4%
Entrevista Social	52	76,5%
Visita	49	72,1%
Acompanhamento	60	88,2%
Atendimento de Serviço Social	56	82,4%
Trabalho em grupo	32	47,1%
Articulação com a rede	65	95,6%
Discussão de caso	62	91,2%
Escuta Qualificada	64	94,1%
Trabalho socioeducativo	26	38,2%
Sem resposta	2	2,9%
Acompanhamento em consultas/especialidades	1	1,5%
Oficinas em Praças Públicas	1	1,5%
Ações coletivas. (Ex - vacinação)	1	1,5%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2024).

Gráfico 56. Instrumental específico



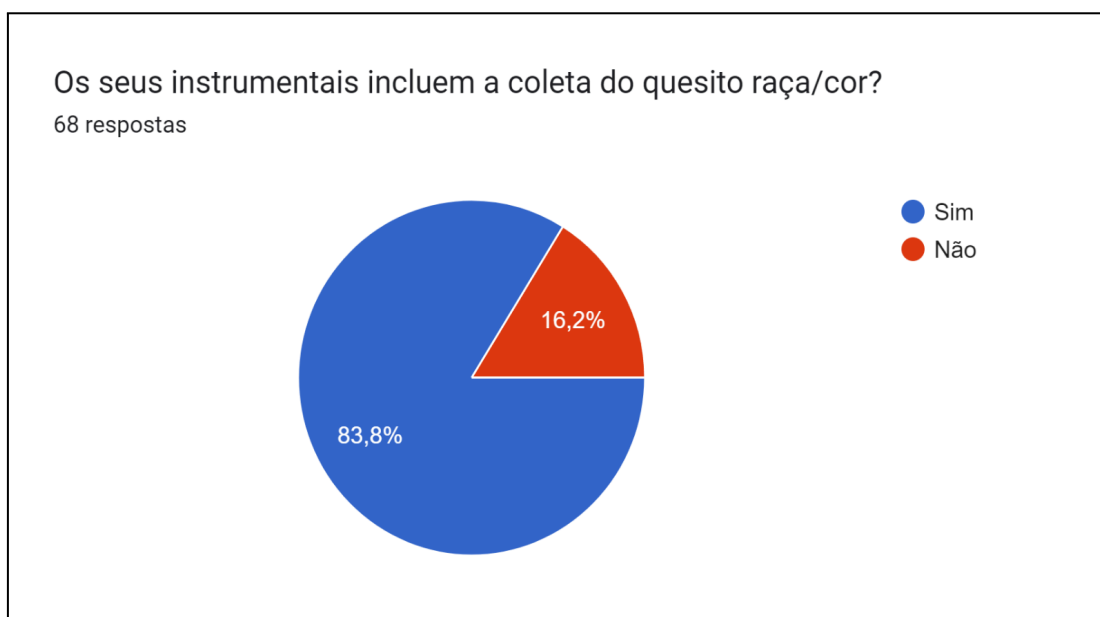
Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2024).

A pesquisa apresenta um dado importante sobre a coleta do quesito raça-cor, onde a grande maioria (83,8%) das entrevistadas fazem a coleta dessa informação por meio de seus instrumentais. Porém, o fato de ainda não estar presente em todos os documentos produzidos no âmbito do Serviço Social é bastante preocupante, considerando todas as questões relacionadas à experiência do racismo no contexto das ruas, determina a produção de cuidado,

o acesso às políticas públicas, e a manutenção da própria existência dessa população. Vale ressaltar que a Portaria nº 344/2017 do Ministério da Saúde, torna obrigatória o preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação na área da saúde.

Outro dado que a pesquisa retornou é que quase metade das participantes (48,5%) , não elaboraram Plano de Trabalho do Serviço Social no Consultório na Rua em que atuam ou atuaram, como podemos observar à seguir:

Gráfico 57. Quesito raça/cor



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2025).

Gráfico 58. Plano de Trabalho



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2026).

Iniciamos a análise do próximo conjunto de dados, afirmando que o trabalho nas ruas possui uma incidência específica sobre a saúde da trabalhadora e do trabalhador. O trabalho, enquanto categoria central para a humanidade e para a reprodução social, ocupa uma posição fundamental na construção da sociabilidade. Nesse sentido, a presente pesquisa busca também analisar as especificidades de um trabalho desenvolvido em um espaço sócio-ocupacional atravessado por múltiplas variáveis que incidem sobre a atuação profissional.

O trabalho e as funções a ele inerentes, quando exercidos no espaço institucional dentro dos muros da instituição, configuram uma forma de trabalho que assegura um mínimo de previsibilidade, controle e proteção, tanto para as trabalhadoras e os trabalhadores quanto para a população usuária.

A questão que se coloca é: o que ocorre quando essa segurança garantida pelo espaço físico não está presente? Quais são as especificidades de uma atuação que se desenvolve na rua? Quando o espaço sócio-ocupacional é o “território rua”, quais características e particularidades atravessam, determinam, potencializam e, ao mesmo tempo, limitam essa atuação profissional?

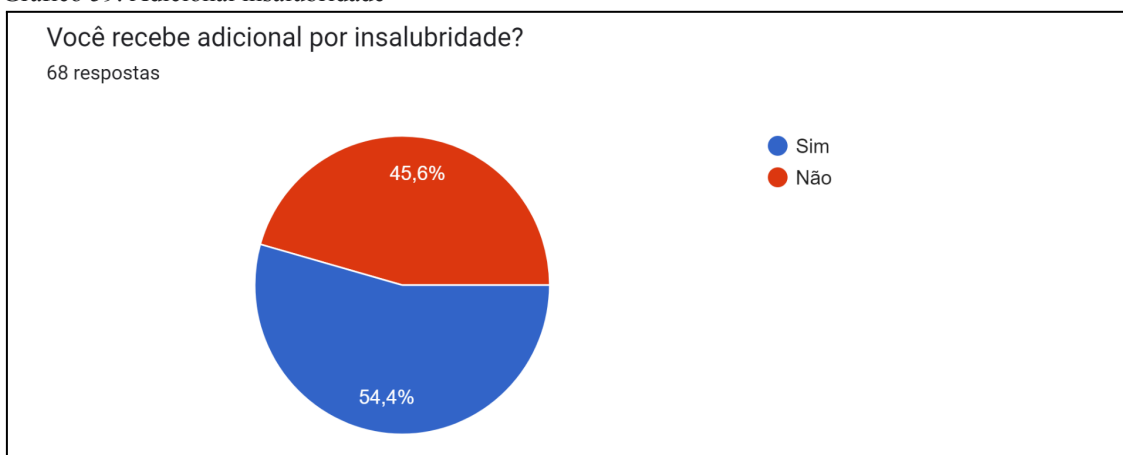
A primeira questão que se coloca diz respeito ao adicional por insalubridade. A participante traz a narrativa de que o trabalho na rua acontece em um ambiente com outros profissionais e, mesmo atuando no mesmo espaço, os profissionais de enfermagem e medicina recebem insalubridade e o mesmo não ocorre com o profissional de Serviço Social. A questão que se coloca sobre a perspectiva biologizante, ainda se faz presente na atuação na área da saúde. O que justifica profissionais que atuam exatamente no mesmo espaço, com o mesmo público, expostos aos mesmos riscos à saúde, receberem insalubridade e outros não? Essa diferença pode encontrar ancoragem na perspectiva de um cuidado em saúde que ainda é centrado no biológico, no médico.

Os dados indicam que 54,4% das participantes afirmaram receber o adicional de insalubridade. Contudo, o fato de que mais de 45% das profissionais não o recebem evidencia uma lacuna preocupante no reconhecimento das condições de trabalho. De acordo com a Norma Regulamentadora n.º 15 (NR-15), que versa sobre atividades e operações insalubres, o adicional é devido aos trabalhadores expostos a agentes biológicos nocivos. Considerando que a população em situação de rua apresenta alta prevalência de doenças infectocontagiosas como tuberculose, hanseníase, doenças de pele, entre outras, é imperativo que o conjunto dos(as) profissionais que atuam nesse contexto tenha o direito ao adicional devidamente garantido. A situação de abandono, violência e negligência a que está submetida a população

em situação de rua a torna especialmente vulnerável ao acometimento por doenças negligenciadas, diversas delas de natureza infectocontagiosa. Diante desse cenário, o reconhecimento do adicional de insalubridade às/aos profissionais que atuam nesse contexto é medida necessária, considerando a exposição constante a riscos biológicos decorrentes do atendimento a uma população marcada por condições graves de negligência e adoecimento. A narrativa a seguir ilustra os aspectos analisados:

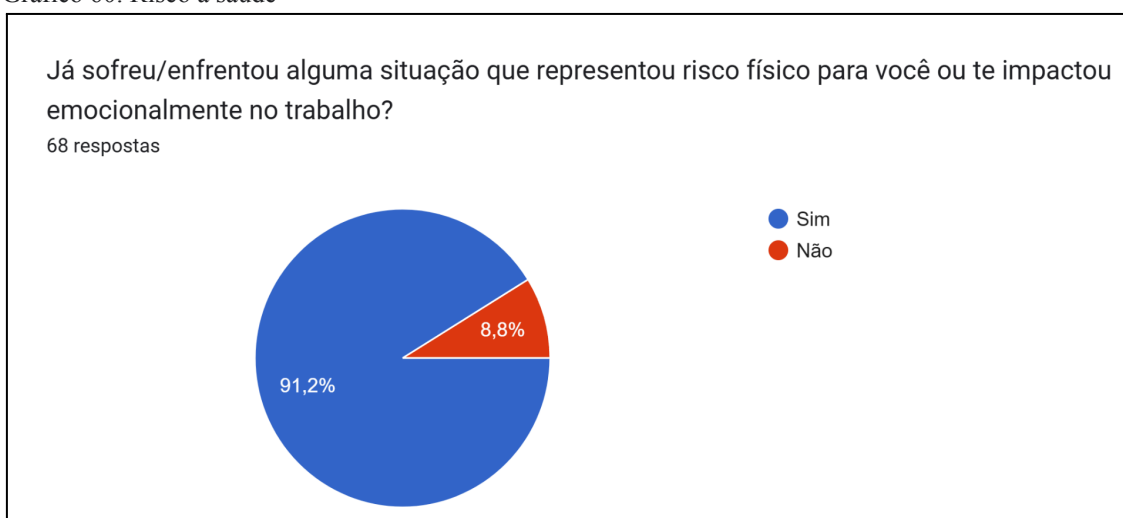
Sim, a uma grande importância do profissional, pois temos uma visão primordial do acesso às políticas públicas que até mesmo infelizmente precisa de alguém que dê a garantia desse acessos. Desafio é que trabalhamos em um ambiente como todos os outros profissionais, não deveria ter diferença. Ex enfermeira e médico recebe insalubridade o assistente social não.

Gráfico 59. Adicional insalubridade



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2025)

Gráfico 60. Risco à saúde



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2025)

É importante considerar que o trabalho desenvolvido na rua ocorre sob a influência de uma série de fatores externos que atravessam, impactam e, muitas vezes, determinam a atuação profissional. O espaço físico delimitado pelos muros da instituição proporciona certo grau de controle e previsibilidade sobre o exercício profissional, configurando-se como um ambiente relativamente protegido. Já o trabalho na rua se realiza em um contexto aberto, permeado por múltiplas interferências que escapam ao domínio institucional. Assim, a atuação profissional nesse espaço exige lidar cotidianamente com fatores como a influência da população residente do território, a presença de comércios e transeuntes, a ação das forças de segurança pública, as condições climáticas, e até mesmo as dinâmicas de violência que caracterizam o território. Esses elementos impõem desafios adicionais à prática profissional, demandando capacidade de adaptação, escuta sensível e permanente análise da realidade concreta.

Trata-se de um trabalho profundamente influenciado pelo ambiente. A leitura do espaço, suas dinâmicas, relações e movimentos, torna-se, portanto, fundamental. É preciso observar como as relações estão se configurando naquele momento, se há tensões ou conflitos, se o espaço permite ou não a intervenção da equipe do Consultório na Rua. Todos esses aspectos compõem uma leitura da ambiência que orienta e, muitas vezes, determina a possibilidade de atuação naquele território em um dia específico.

Dessa forma, o trabalho desenvolvido na rua requer da/do profissional não apenas o rigor técnico e ético de sua atuação específica, mas também uma postura analítica e atenta à leitura do território. A compreensão das dinâmicas espaciais, das relações sociais, dos conflitos e das condições que configuram o ambiente é fundamental para avaliar a viabilidade do atendimento e orientar a intervenção profissional diante das constantes transformações que caracterizam o espaço da rua.

O trabalho desenvolvido no território da rua exige da/o profissional a capacidade de lidar com a complexidade do atendimento à população em situação de rua, ao mesmo tempo em que enfrenta fatores externos de difícil controle. Nessa perspectiva, a imprevisibilidade e o fator surpresa constituem dimensões estruturantes do cotidiano profissional, moldando decisões, estratégias de intervenção e formas de atuação nesse contexto.

Nesse sentido, as profissionais foram questionadas sobre situações que representassem risco físico ou emocional no trabalho. Das/dos respondentes, 91,2% afirmaram já ter enfrentado alguma dessas situações. Trata-se de um dado expressivo, que evidencia a necessidade de reflexão sobre a saúde do/a trabalhador/a, considerando a especificidade e os

riscos inerentes ao trabalho realizado na rua.

Ao serem questionadas sobre quais situações poderiam levá-las à situação de risco, é muito significativo que o dado que retornou a maior porcentagem, 63,1%, refere-se ao sentimento de impotência ou frustração. Ou seja, diz respeito ao impacto que esse trabalho tem sobre a saúde mental desses profissionais. Este é um dado central para compreendermos o nível de complexidade da atuação junto à PSR, e traz à tona a percepção de que o trabalho na rua traz obviamente riscos físicos, porém o dado mais expressivo é o que incide sobre a saúde mental da trabalhadora e do trabalhador. O sentimento de impotência, frustração pela resolutividade do trabalho, sentimento de impotência e frustração pela falta de recursos ou condições de trabalho, também retornou um dado bastante expressivo, 56,9%. Os resultados nos possibilitam concluir que se trata de um trabalho com forte incidência sobre a saúde mental desses trabalhadores.

Do conjunto de situações de risco relatadas, 56,9% das participantes identificaram conflitos entre usuários como fator determinante, o que não surpreende, considerando a violência e as tensões que estruturam as relações no “território rua”. Outro dado significativo refere-se à frequência de atendimentos a pessoas em surto psiquiátrico, indicando que lidar com demandas complexas de saúde mental constitui parte integrante da prática profissional nesse contexto. Tais elementos evidenciam a complexidade, os riscos e as exigências específicas do trabalho desenvolvido junto à população em situação de rua.

É fundamental pensar a atuação profissional a partir dos dados concretos da realidade experienciada. Um desses dados é o fato de que muitos territórios onde se desenvolve o trabalho junto à população em situação de rua possuem uma dinâmica determinada pela presença do tráfico de drogas e atravessados por múltiplas expressões de violência. Trata-se, contudo, de uma violência que não pode ser compreendida de forma descontextualizada ou restrita à presença do tráfico, uma vez que ela é, em grande medida, produzida e alimentada pela ação do próprio Estado.

A criação de zonas de medo, insegurança e morte nas periferias urbanas constitui uma estratégia histórica de controle e segregação da população pobre. O tráfico, por sua vez, se estrutura e ganha espaço exatamente nos territórios em que o Estado se faz ausente em suas funções de garantia de direitos, mas fortemente presente por meio do seu braço armado.

Assim, compreender essa dinâmica é essencial para uma atuação ética e crítica, que não reproduza narrativas preconceituosas, racistas e discriminatórias sobre esses territórios e suas populações. É preciso, ainda, reconhecer e respeitar as normas, regras e formas de

organização social que emergem nesses contextos como estratégias de sobrevivência diante da ação violenta e seletiva do Estado.

Portanto, é fundamental que a atuação em territórios mediados pelo tráfico de drogas esteja ancorada em uma leitura atenta das relações que ali se estabelecem, dos regramentos próprios e das possibilidades e limites de intervenção profissional. A experiência prática demonstra que é possível, e em muitos casos desejável, estabelecer vínculos de respeito e cooperação com as organizações locais, inclusive aquelas associadas ao tráfico de drogas.

Assim, atuar nesses espaços exige reconhecer e respeitar as formas de organização, as dinâmicas de poder e as estratégias de sobrevivência que se constituem como respostas à ausência e à violência do Estado. Essa postura não implica convivência, mas sim uma compreensão ética e crítica da realidade, orientada pelo compromisso com a vida, com os direitos e com o fortalecimento dos vínculos comunitários, como podemos observar no trecho desta música:

Chá de Vida

*Não é na favela que fabrica as droga
Não é na favela que produz as arma
Mas é na favela que o sangue inocente jorra
E a vida do pobre escorre como fosse nada*

*Não é na favela que fabrica as droga
Não é na favela que produz as arma
Mas é na favela que o sangue inocente jorra
E a vida do pobre escorre.
(Mc Hariel)*

O tráfico de drogas é, antes de tudo, um sintoma de uma sociedade cujo projeto histórico está ancorado no extermínio de corpos negros e periféricos. A “guerra às drogas” constitui-se como uma estratégia funcional de um Estado fundamentalmente eugenista e racista. A proibição de determinadas substâncias e a guerra travada nesses territórios não têm como objetivo o combate efetivo ao tráfico, mas sim a manutenção de uma estrutura que beneficia o mercado internacional de drogas, ao mesmo tempo em que fomenta políticas de extermínio da população pobre e periférica.

A lógica estatal impõe o medo e o pavor como mecanismos de controle territorial e social. A guerra às drogas, portanto, não é uma política de segurança, mas uma engrenagem funcional ao capital, que necessita produzir e reproduzir espaços de precarização extrema, zonas de pobreza, violência e medo como estratégia de manutenção da ordem e da exploração

da classe trabalhadora. Trata-se de uma herança estrutural do capitalismo que, desde sua gênese, utiliza a violência como instrumento de controle da classe trabalhadora. Ao longo do desenvolvimento do capital, novas estratégias de controle foram incorporadas, no campo ideológico, das políticas sociais, mas a violência permanece como elemento constitutivo do seu modo de reprodução. A criação de territórios estigmatizados, permeados pelo medo e pela desumanização, sustenta a ideia de que determinados corpos são perigosos, incontroláveis e, portanto, elimináveis. Nesse sentido, o tráfico de drogas é funcional à lógica do capital, pois contribui para a produção e a manutenção de corpos docilizados e territórios controlados.

Assim, compreender o lugar do tráfico na sociedade implica reconhecer que a proibição e a criminalização das drogas cumprem uma função política e econômica: a de perpetuar a guerra contra os corpos negros e periféricos. Se o objetivo do Estado fosse de fato combater o tráfico, o enfrentamento se daria nas esferas da produção e do comércio internacional de drogas e armas, setores intocáveis do ponto de vista político e econômico. Ao direcionar sua força repressiva apenas sobre o trabalhador final dessa cadeia, aquele que sobrevive do varejo da droga nas periferias, o Estado revela que a guerra nunca foi contra as drogas, mas contra os corpos que ele historicamente escolheu exterminar.

Portanto, a atuação em territórios mediados pelo tráfico de drogas requer uma postura profundamente cuidadosa do ponto de vista da segurança da trabalhadora e do trabalhador. Exige, igualmente, uma atuação pautada pelo respeito aos combinados e regramentos que organizam a vida naquele território, reconhecendo que nós, enquanto profissionais das políticas públicas, somos também representantes do Estado. Essa compreensão é fundamental, pois a forma como nos inserimos nesses espaços precisa considerar a maneira como o Estado é historicamente percebido por essas populações, quase sempre como agente de repressão e violência.

Assim, é preciso adentrar esses territórios com escuta, sensibilidade e respeito. Como ensina Dona Ivone Lara, é preciso “pisar nesse chão devagarinho”, ou seja, reconhecer que o “território rua” possui sua própria lógica, suas formas de organização e suas estratégias de sobrevivência. A atuação profissional precisa dialogar com essas dinâmicas, e não impor sobre elas uma racionalidade externa.

Trata-se, portanto, de uma atuação sensível, mas dotada de grande potencial transformador, justamente pois se tratam de espaços em que a presença do Estado costuma se dar quase que exclusivamente pela via da violência. Nesses contextos, as práticas de cuidado e solidariedade são, em grande medida, produzidas e sustentadas pela própria comunidade.

Por isso, quando agentes do Estado se inserem nesses territórios com uma proposta orientada para o cuidado e promoção da vida, como é o caso das equipes de Consultório na Rua, essa presença tende a ser recebida com respeito e acolhimento, inclusive por parte daqueles que fazem a gestão local do tráfico. A inserção sob a lógica do cuidado e não da coerção, é o que torna possível o estabelecimento de vínculos e a construção de práticas éticas e potentes nesses territórios.

Ainda refletindo sobre a relação das trabalhadoras e dos trabalhadores que atuam nas ruas com as diversas formas de violência, observa-se um dado relevante: 21,5% das participantes referem ter vivenciado situações de risco relacionadas a conflitos com policiais ou guardas civis. Esse um dado expressivo e preocupante, dialoga com o fato de que a população em situação de rua é vítima constante da violência de Estado.

Diante desse cenário, é fundamental que nós, enquanto profissionais, tenhamos um olhar crítico sobre o papel do Estado e suas práticas repressivas. A atuação profissional que se pretende comprometida com as pautas, lutas e demandas da população em situação de rua não pode se confundir ou se alinhar com ações de caráter higienista, punitivista ou criminalizador.

É evidente que o diálogo com a segurança pública se faz necessário no âmbito da intersectorialidade das políticas públicas, entretanto, esse diálogo deve se orientar pela crítica ao papel do Estado como produtor e reproduzidor da violência contra corpos pobres e racializados. Ou seja, é preciso construir interlocuções que não reforcem o controle e o higienismo, mas que tensionem a lógica punitivista e afirmem o compromisso ético-político com a vida, a dignidade e os direitos da população em situação de rua, sujeitos que têm na rua seu espaço de sobrevivência, de sociabilidade e de existência.

Os dados a seguir apresentam as situações de risco à saúde elencadas pelas participantes, e na sequência dados referentes às condições de trabalho. As questões referentes às condições de trabalho são centrais para pensar a saúde da trabalhadora e do trabalhador, e a pesquisa constata que 75,8% das participantes referem que trabalham sem os meios necessários ao exercício profissional.

Tabela 27. Situações de risco vivenciadas pelas trabalhadoras/es

Situação de risco: as situações estavam relacionadas a:		
Surto psiquiátrico	33	50,8%
Questões relacionadas ao tráfico de drogas	31	47,7%
Conflitos entre os usuários	38	58,4%
Conflitos com policiais/guardas civis	14	21,5%
Sofrer agressão física de munícipes	0	0%
Sofrer agressão física de usuárias(os)	5	7,7%
Sofrer agressão verbal de munícipes	11	16,9%
Sofrer agressão verbal de usuárias(os)	29	44,6%
Acidente de trabalho	7	10,8%
Sentimento de frustração/impotência pela falta de recursos e melhores condições de trabalho	39	60%
Sentimento de frustração pela falta de resolutividade	43	66,2%
Descaso com a PSR e a dificuldade de articulação com a rede	1	1,5%
Paciente esfaqueado várias vezes	1	1,5%
Sofrer furto	1	1,5%
Ameaça de morte	1	1,5%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, (2024)

Infelizmente o consultório na Rua na cidade sempre anda a margem nos serviços de saúde. Sempre muito mal amparado pelos parceiros. As equipes sempre são instaladas nas unidades de saúde nos piores locais com imobiliário precário ou inexistente, o primo pobre da saúde que vive á margem. Deveríamos ser valorizados

Gráfico 61. Condições adequadas para o trabalho



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Tabela 28. Condições inadequadas para o trabalho

As condições inadequadas para o trabalho na rua se referem à:		
Veículo oferecido (sem manutenção, inadequado e/ou antigo)	20	39,3%
Falta de EPIs (máscaras, luvas...)	2	3,9%
Uniformes com identificação	16	31,4%
Insumos e materiais de trabalho com a PSR	34	66,7%
Infraestrutura na sede/Unidade de Saúde (falta espaço físico, internet, computadores etc.)	34	66,7%
Equipe reduzida	26	51%
Segurança para a equipe	1	2%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, (2024)

Outro aspecto relevante na análise dos dados refere-se à dimensão ética da atuação profissional. Trata-se de uma questão que sempre se impõe ao trabalho desenvolvido na rua, exigindo constantes mediações por parte das trabalhadoras e dos trabalhadores. A temática da ética profissional e do sigilo no atendimento constitui um dos pilares fundamentais do

exercício do Serviço Social e está claramente expressa no Código de Ética da profissão, que estabelece condições mínimas para o trabalho, entre elas a garantia de espaços adequados para a escuta, o acolhimento e a preservação do sigilo profissional.

No entanto, o “território rua” impõe desafios significativos ao exercício das condições ideais estabelecidas pelas normativas. A ausência de espaços físicos apropriados, as constantes movimentações do público atendido e as interferências externas tornam difícil assegurar as condições mínimas para a realização de um atendimento ético e sigiloso. Essa realidade exige dos profissionais um exercício permanente de criatividade e compromisso ético-político, de modo a adaptar a prática profissional às condições concretas do território, sem abrir mão dos princípios que orientam a categoria.

Assim, refletir sobre o trabalho na rua implica também reconhecer as tensões entre o prescrito e o possível, entre o dever ético e as condições objetivas ao exercício profissional, um campo contraditório que desafia cotidianamente a materialização dos princípios fundamentais do Serviço Social.

Mais recentemente, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2025) publicou a Resolução nº 1.114/2025, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas para o exercício profissional do assistente social. O documento inclui uma seção específica sobre as condições do ambiente de trabalho e de acessibilidade, detalhando aspectos essenciais à garantia da ética profissional.

Entre suas orientações, a Resolução destaca a importância da existência de espaços físicos adequados à realização do atendimento profissional, assegurando o respeito ao sigilo e à privacidade dos usuários. O artigo 5º estabelece que o atendimento seja realizado em espaço físico ou ambiente digital, que garanta a privacidade e o sigilo de som, imagem e texto, resguardando o sigilo profissional.

Trata-se, portanto, de uma normativa que reafirma os princípios éticos da profissão e reforça a necessidade de condições objetivas que viabilizem a materialização desses princípios no cotidiano de trabalho. No entanto, quando pensamos a atuação no “território rua”, é importante problematizar como essas exigências se confrontam com as condições concretas da realidade, nas quais muitas vezes é inviável assegurar plenamente o sigilo e a privacidade previstas nas normativas profissionais.

Nesse contexto, propõe-se uma reflexão sobre as possibilidades e os limites da atuação profissional que se realiza na rua. As participantes da pesquisa foram convidadas a refletir sobre os impactos dessa modalidade de trabalho no que se refere à garantia do sigilo

profissional.

Ao serem questionadas sobre as condições de sigilo nos atendimentos realizados em espaços públicos, 72,1% das entrevistadas afirmaram atuar em contextos que não garantem a preservação do sigilo profissional. Esse dado revela uma contradição central: embora o Código de Ética e as normativas recentes, como a Resolução CFESS nº 1.114/2025, estabeleçam parâmetros claros para o exercício ético da profissão, as condições objetivas de trabalho na rua frequentemente inviabilizam a materialização dessas orientações.

Trata-se, portanto, de um dado de realidade que precisa ser enfrentado pela categoria profissional. A rua, enquanto espaço de atuação, não oferece, em grande parte das situações, as condições ideais para o atendimento sigiloso, o que exige da/o assistente social um constante exercício ético, sensibilidade e criatividade para garantir, dentro dos limites possíveis, a proteção das informações e a integridade da relação profissional com o usuário.

As participantes também relataram que 55,9% delas já precisaram abordar questões sensíveis em espaços coletivos, evidenciando mais uma especificidade e um desafio do trabalho desenvolvido na rua. A atuação nesse território, por sua natureza, ocorre muitas vezes em locais com grande circulação e concentração de pessoas, o que nem sempre possibilita o encaminhamento do usuário para um espaço físico reservado que assegure uma escuta individualizada.

A rua, portanto, impõe ao profissional o exercício constante da criatividade, demandando a criação de estratégias que conciliem o compromisso ético com as condições concretas do território. As profissionais relatam que, em diversas situações, questões profundamente sensíveis como saúde mental, violência, violência contra a mulher ou situações envolvendo crianças e adolescentes em situação de rua, precisam ser tratadas no próprio espaço público, de modo imediato a fim de garantir a escuta e o acolhimento que a população atendida necessita no momento.

Essa realidade revela a complexidade da atuação e exige um olhar atento para os limites e as possibilidades que o território oferece. O desafio é garantir o cuidado e o acolhimento, preservando a ética e o respeito à dignidade do usuário, mesmo quando as condições objetivas não permitem condições ideais ao exercício profissional.

Tabela 29. Situações que o trabalho na eCR já te impôs

Que situações o trabalho coletivo na eCR rua já te impôs:		
Atendimento sem garantia de espaço sigiloso	49	72,1%
Abordar questões sensíveis em espaços coletivos	38	55,9%
Dialogar com pessoas ligadas ao tráfico de drogas	33	48,5%
Adentrar biqueiras/mocós/imóveis/espacos/áreas/inseridas(os) no contexto de tráfico de drogas	53	77,9%
Adentrar áreas de difícil acesso (matas e reservas)	27	39,7%
Acionar força policial	3	4,4%
Interferências de outros usuários	38	55,9%
Interferência de outros profissionais	27	39,7%
Interferência da Gestão	22	32,4%
Hostilizada (o) ou vítima de preconceito pela Rede por trabalhar com a PSR	24	35,3%
Hostilizada (o) ou vítima de preconceito por munícipes por trabalhar com a PSR	27	39,7%
Não vivenciei nenhuma das situações acima	5	7,4%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, (2024)

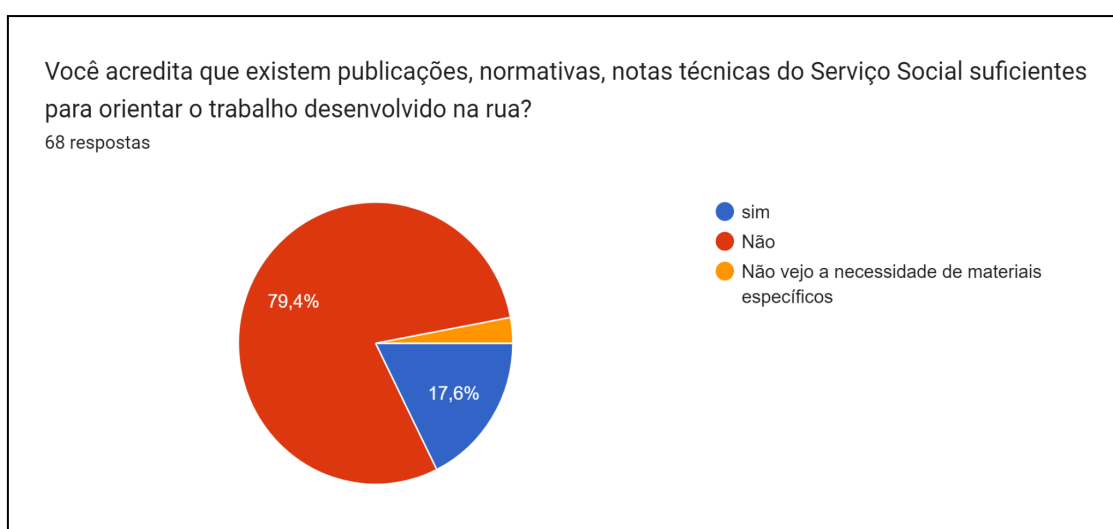
Tabela 30. Locais onde realiza os atendimentos de Serviço Social

Quais os locais onde você realiza os atendimentos de Serviço Social		
Rua/ Praças	68	100%
Sede do Consultório de/na Rua	35	51,5%
Serviços como Centro POP, Casa de Passagem)	41	60,3%
Serviços de saúde do território	41	60,3%
Em espaços na comunidade	18	26,5%
Barracos, terrenos baldios	1	1,5%
Sem resposta	1	1,5%
Fas	1	1,5%
Debaixo do viaduto	1	1,5%
CREAS e Ônibus Amigo	1	1,5%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, (2024)

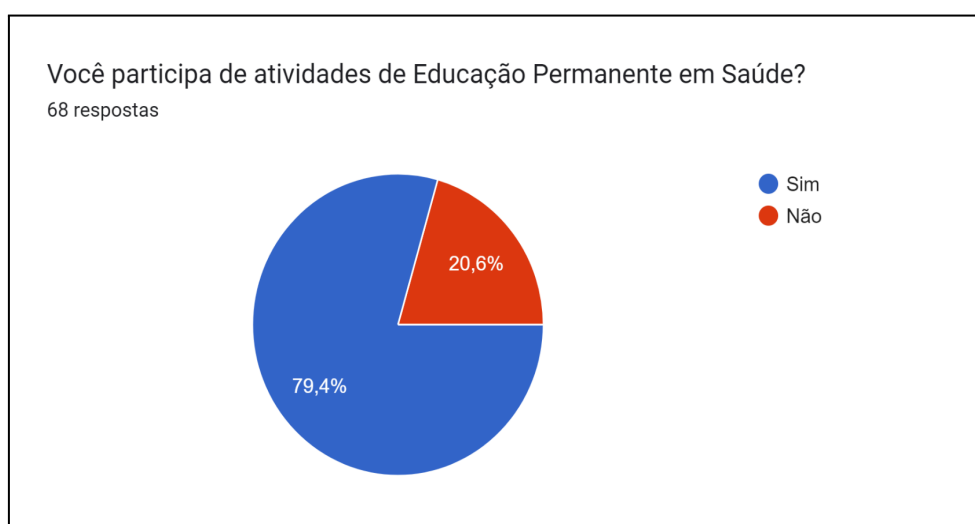
As/os participantes foram questionadas sobre a produção teórica sobre a atuação junto à PSR, e os dados confirmam que as/os profissionais demandam por uma produção de conhecimento que apoie e oriente o fazer profissional e que valida, inclusive, o trabalho desenvolvido nesta pesquisa, como apontam os dados a seguir, em que quase 80% das participantes apontam para este déficit no campo da produção de conhecimento.

Gráfico 62. Publicações para orientar o trabalho profissional



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Gráfico 63. Educação Permanente em Saúde



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Como já mencionado, esta pesquisa se inicia no contexto da pandemia de Covid-19, um período que alterou profundamente os parâmetros de organização social e impactou de forma significativa a população trabalhadora, pobre, periférica e, especialmente, a população em situação de rua.

Nesse sentido, as participantes foram questionadas sobre sua atuação durante a pandemia. Das/dos respondentes, 35,3% afirmaram ter atuado no período, enquanto 4,4% não atuaram por motivos de saúde. Considerando esse contexto, analisou-se, especificamente entre as profissionais que atuaram, quais impactos foram percebidos em sua prática junto à população em situação de rua, de modo a compreender como a pandemia afetou a rotina, as estratégias de intervenção e as condições de trabalho nesse território.

Quase 80% das participantes perceberam, em sua atuação, um aumento do número de pessoas em situação de rua durante a pandemia. Outro dado expressivo indica que 67,6% das entrevistadas identificaram um aumento nas demandas relacionadas à política de assistência social. Esse mesmo percentual também percebeu que o aumento da população em situação de rua esteve associado, em grande medida, à elevação do desemprego e à precarização das condições de vida provocadas pelo contexto pandêmico.

Esses dados evidenciam, não apenas o impacto direto da pandemia sobre a população em situação de rua, mas também as implicações para a atuação dos profissionais, que se viram diante de crescentes demandas e desafios estruturais em um período marcado por vulnerabilidades ampliadas.

Outro dado bastante expressivo indica que 70,6% das participantes perceberam um aumento das demandas relacionadas à insegurança alimentar entre a população em situação de rua. Ou seja, durante a pandemia e no período pós-pandêmico, essas pessoas enfrentaram condições agudas de fome e escassez, evidenciando a profundidade da crise sanitária e os impactos socioeconômicos sobre as populações negligenciadas.

Esse resultado reforça a necessidade de compreender a atuação profissional não apenas em termos de cuidado imediato, mas também em relação às estruturas políticas e sociais que se mostram insuficientes para proteger essa população em períodos de emergência, como o enfrentado durante a pandemia de Covid-19.

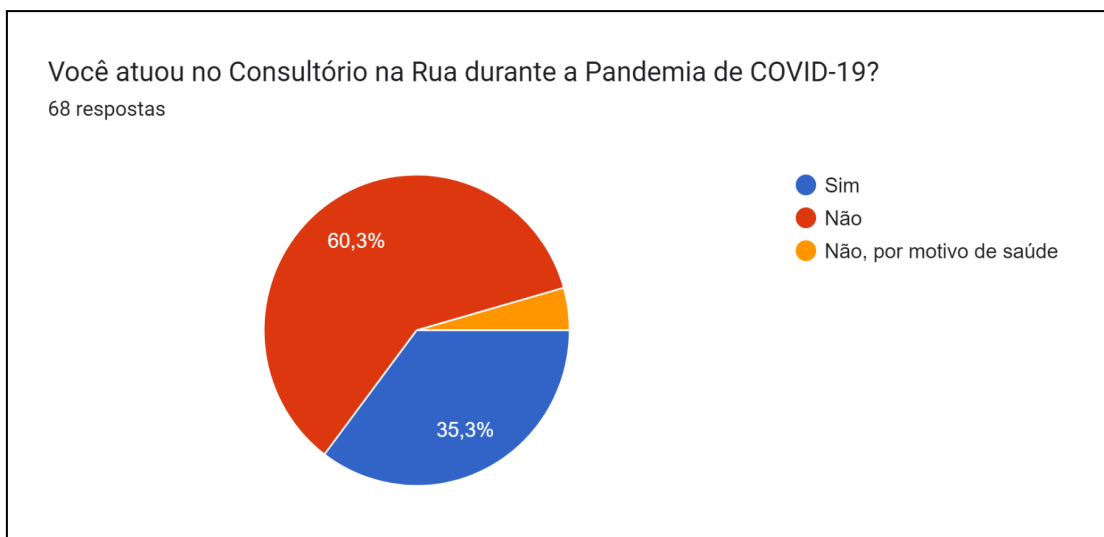
Ainda sobre os impactos da pandemia para a população em situação de rua, 55,9% das participantes perceberam alterações significativas nas formas de trabalho desempenhadas por essa população. Observou-se que muitas pessoas enfrentaram maiores dificuldades para atuar na reciclagem de materiais ou para “manguear”, ou seja, solicitar doações em dinheiro ou

alimentos.

Essas mudanças afetam diretamente as condições objetivas de vida da população em situação de rua, comprometendo a reprodução da vida humana e ampliando a miserabilidade e o pauperismo. O dado evidencia que a pandemia não apenas intensificou a precarização, mas também limitou as estratégias de sobrevivência que sustentam o cotidiano dessas pessoas.

Entre os impactos observados da pandemia sobre a população em situação de rua, 23,5% das participantes relataram um aumento no número de crianças vivendo nas ruas, enquanto 55,9% perceberam uma maior presença de pessoas nas cenas de uso, e 17,6% das participantes perceberam também aumento no número de óbitos das pessoas em situação de rua.

Gráfico 64. Atuação na pandemia



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Tabela 31. Impactos da Pandemia na PSR

Impactos percebidos durante a Pandemia da COVID-19		
Aumentou número de pessoas na PSR	27	79,4%
Aumentou número de crianças/adolescentes na PSR	8	23,5%
Aumentou demandas p/ Política de Assistência Social	23	67,6%
Aumentou número de pessoas nas cracolândias	19	55,9%
Aumentou situação de Rua em função de despejo	12	35,3%
Situação de Rua em função de desemprego	23	67,6%
Famílias em situação de rua	15	44,1%
Impactou população usuária: trabalho de reciclagem	19	55,9%
Impacto p/ população usuária: trabalho de manguear	19	55,9%
Trabalho infantil	8	23,5%
Insegurança Alimentar	24	70,6%
Aumento no número de óbitos	6	17,6%
Outros	1	2,9%
Não observei nenhuma mudança	1	2,9%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, (2024)

A questão dos óbitos se mostrou particularmente impactante durante a pandemia, sobretudo em relação à negligência e ao abandono da população em situação de rua. Ficou nitidamente perceptível que muitas dessas pessoas foram deixadas à própria sorte, muitas vezes para morrer nas ruas, sem acesso a cuidados básicos de saúde ou proteção social.

Nesse sentido, a pesquisa de Santos (2022a) no município de Franca trouxe dados significativos e preocupantes sobre o número de óbitos da população em situação de rua no contexto da pandemia, corroborando com as percepções das participantes desta pesquisa, e evidenciando a gravidade da crise sanitária para esse grupo.

Por fim, se realizarmos o recorte temporal das mortes, segmentando-as por ano Tabela 26, observamos uma gritante expansão dos óbitos das pessoas em situação de rua com o início da pandemia da COVID-19, aumentado em 300% entre os anos de 2019 e 2020, ao passo que entre 2020 e 2021 seu incremento foi mais comedido, elevando-se em 40%. Vale destacar que apesar de observarmos na Tabelas 24 e 25 apenas um óbito causado pelo COVID-19, tivemos conhecimento de outros óbitos de pessoas em situação de rua no território de Franca, entretanto, estas não foram atendidas pela eCR, não estando, pois, incluídas em nosso recorte. [...]. Por sua vez, se olharmos para locais de ocorrência desses óbitos, percebemos um drástico aumento da ocorrência de mortes em praças e vias públicas com o avançar dos anos, sendo que, em 2021, 5 óbitos (38,4%) ocorreram nesses espaços. Tal fato possui

uma intrínseca relação com a segregação, que a população em situação de rua vivencia, ao acesso de serviços públicos não especializados em seu atendimento. Nesse sentido, a primeira morte de uma pessoa em situação de rua vivente em Franca durante a pandemia da COVID-19 ocorreu em uma praça em frente à UBS, conforme informado pela eCR. Em certo momento, alguém informou à unidade que havia um cadáver lá na praça. A enfermeira foi ver o ocorrido e entrou em contato com a eCR para informá-la da morte e solicitar que a equipe realizasse os procedimentos burocráticos necessários para a remoção do corpo, como se a UBS não tivesse qualquer relação com o território em que ocorreu o óbito. Além disso, a enfermeira complementou: "Eu vi que ele estava pálido esses dias", demonstrando um frio desinteresse com a vida desse indivíduo. (SANTOS, 2022, p. 168)

Os dados apresentados na pesquisa de Santos (2022) são alarmantes e sintomáticos: foi registrada apenas uma morte de pessoa em situação de rua em decorrência direta da Covid-19, mas, de forma geral, houve um aumento significativo no número de óbitos. Isso evidencia que a pandemia intensificou o abandono de uma população historicamente esquecida pelas políticas públicas.

Durante esse período, com o fechamento de serviços essenciais, a suspensão das possibilidades de trabalho e a ausência de suporte material, muitas pessoas morreram nas ruas, praças e marquises, sem acesso adequado à assistência social ou à saúde. Esses dados reforçam a escolha política e a perspectiva adotada nesta tese de não analisar a situação de rua apenas a partir da vulnerabilidade, mas sim pelo conceito de negligência, uma vez que os óbitos expressam o descaso deliberado do Estado.

Não se trata de um fenômeno isolado: o aumento das mortes em via pública está diretamente relacionado ao abandono que estrutura a relação do Estado com as ruas, pessoas em situação de rua foram deixadas para morrer sem assistência, sem condições mínimas de isolamento ou proteção. Esse contexto evidencia como o projeto de exclusão, genocídio e descaso estatal atingiu grupos específicos de forma desproporcional, corroborando com a análise desta pesquisa de que a negligência estatal é central para compreender a mortalidade da população em situação de rua durante a pandemia.

Podemos observar o quão discrepantes são os dados de mortalidade da PSR no município de Franca no período analisado:

Tabela 32. Óbitos em Franca - PSR

Local do Óbito	Ano			Total
	2019	2020	2021	
Abrigo provisório	-	1	-	1
Comunidade Terapêutica	-	-	1	1
Hospital do Coração	-	2	-	2
Praças/vias públicas	-	2	5	7
Pronto socorro	-	1	-	1
Santa casa	3	2	7	12
Sem informação	-	1	-	1
Total	3	9	13	25

Fonte: SANTOS, 2022

Outro aspecto analisado diz respeito à relação entre o Serviço Social e a equipe multidisciplinar, no que diz respeito à compreensão das competências profissionais e reconhecimento da equipe. Acerca disso a narrativa abaixo ilustra a questão:

Acredito que minha atuação no CNAR seja um pouco que por detrás das cortinas do espetáculo. Ou seja, realizo várias articulações entre os usuários e a rede socioassistencial, mas não sou muito valorizada pela gestão e nem pela equipe, formada majoritariamente por profissionais que nunca trabalharam em equipe multidisciplinar. Mas entendo que as competências da minha função estão sempre sendo desempenhadas visando as garantias de acesso para as pessoas em situação de rua.

Gráfico. Relação com os outros profissionais



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Perguntadas sobre a identificação com o trabalho junto à população em situação de rua, a grande maioria das participantes (95,6%), afirmou se identificar com essa área de atuação. Esse dado é bastante expressivo e evidencia que o Serviço Social, enquanto profissão, têm se posicionado de forma a fortalecer a população em situação de rua e seus direitos, atuando como aliados das pautas dessa população.

O serviço social na população em situação de rua é sempre desafiador, apesar das frustrações o que motiva é satisfação em receber as devolutiva.positiva sobre efetividade do trabalho e desempenhar o cuidado.

Ao serem questionadas sobre a contribuição do serviço social para a produção de cuidado no âmbito do Consultório na Rua, 97,1% das participantes afirmaram que sua atuação contribui significativamente para o acesso aos serviços sócio-assistenciais. Considerando que essa é uma das principais demandas da população em situação de rua : a manutenção da própria existência e acesso aos mínimos sociais. É fundamental que os profissionais reconheçam seu papel estratégico na interlocução com outras políticas, garantindo a vida e a dignidade dessa população.

Além disso, 94,1% das participantes destacaram a contribuição do Serviço Social para o acesso a outros serviços de saúde e para ações de redução de danos. Quanto à defesa dos direitos humanos, 91,2% das profissionais afirmaram atuar diretamente nesse âmbito. No campo da educação em saúde e exercício da cidadania, 82,4% perceberam que o Serviço Social tem papel relevante, enquanto 66,2% destacaram sua atuação na promoção da convivência comunitária e 60,3% na promoção da convivência familiar.

Por fim, a articulação com movimentos sociais e a atuação para garantir voz às pautas da população em situação de rua foi apontada por 85,3% das participantes. Esses dados reforçam a importância de reconhecer o Serviço Social como uma profissão que atua de forma crítica, reflexiva e comprometida com a defesa de direitos e a promoção da vida e da dignidade dessa população.

Tabela 33. Contribuições do Serviço Social

O Serviço Social no atendimento à PSR no Consultório de Rua contribui para		
Acesso aos serviços de Saúde	64	94,1%
Acesso aos serviços socioassistenciais	66	97,1%
Acesso à Justiça	54	79,4%
Defesa dos Direitos Humanos	62	91,2%
Dar voz às pautas da PSR	58	85,3%
Enfrentamento ao Racismo	45	66,2%
Enfrentamento ao Manicômio	42	66,2%
Combate ao preconceito contra a pessoa em situação de rua	56	82,4%
Enfrentamento à violência institucional	47	69,1%
Educação em Saúde	56	82,4%
Exercício da Cidadania	56	82,4%
Articulação/mobilização política da população usuária	47	69,1%
Acesso à Educação	34	50%
Redução de danos	64	94,1%
Acesso ao mundo do trabalho	42	61,8%
Promover a convivência familiar	41	60,3%
Promover a convivência comunitária	45	66,2%
Acesso à moradia	34	50%
Apoio aos Movimentos Sociais	40	58,8%
Sem resposta	1	1,5%

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Sobre a relação entre trabalho e identificação com a atuação nos Consultórios na Rua, o gráfico abaixo aponta que mais de 95% das participantes se identificam com o trabalho realizado com a PSR. As participantes foram convidadas a trazer narrativas sobre o impacto do trabalho na dimensão das subjetividades, satisfação e identificação, como podemos observar no gráfico e nas narrativas abaixo:

Gráfico 65. Se sente realizada/o com o trabalho?



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo, extraído do Google Forms (2024)

Me identifico porém não me realizo, pois a Política de Saúde e todas as demais ainda não estão de acordo ou voltadas para a realidade vivenciada pela PSR .!! Todas são pensadas para uma população domiciliada, empregada, estudada, com apoio familiar, celular, que não usam drogas, e tudo isto fecham portas e se torna barreiras e de exclusão social !!

Me identifico plenamente como Assistente Social, com o trabalho exemplar, humanizado e potente, realizado pelo Consultório na Rua.

Trabalhar com PSR é uma atuação que depende de identificação. Eu me sinto a vontade perto desta parte da população, escutando e incentivando. Ciente da dificuldade imposto por todos os fatores expostos nesta pesquisa, porém vibro com as pequenas vitórias.

Sim, estou na equipe há mais de 4 anos, gosto do trabalho pela relevância e impacto positivo na vida das pessoas em situação de rua no meu município, trabalho na perspectiva de garantia do direito e viabilização do acesso aos serviços de saúde e socioassistenciais.

Serviço de suma importância e muita responsabilidade! Extremamente válido e importante para o cidadão! Possibilitando ao usuário a garantia de seus direitos e acesso as políticas públicas, negada a eles.

A análise desenvolvida neste capítulo evidencia que a atuação profissional junto à população em situação de rua coloca o Serviço Social diante de um conjunto complexo de desafios, fortemente atravessados pela intensificação das expressões da questão social. No entanto, as narrativas apresentadas revelam que, mesmo diante de condições adversas, as profissionais constroem, no cotidiano do trabalho, sentidos que reafirmam a centralidade e a

legitimidade do exercício profissional nesse campo. Tais sentidos emergem, principalmente, das relações estabelecidas com a população usuária, do reconhecimento social da profissão e da possibilidade de produzir intervenções que materializam o projeto ético-político do Serviço Social.

Embora o trabalho na rua se configure como um espaço de elevada precariedade, marcado pela violência estrutural, pela escassez de recursos institucionais, ele também se apresenta como um território de produção de vínculos e de identificação profissional. A necessidade de uma postura atenta, próxima e implicada politicamente contribui para que a árdua rotina seja percebida não apenas como fonte de desgaste, mas também como espaço de criação, potência e reafirmação profissional.

Nesse contexto, a metáfora formulada por Carlos Assumpção adquire especial relevância, “trago os duros punho cerrados; cerrados como rocha, floridos como jardim”, o poeta traduz de maneira sensível, a dialética constitutiva do trabalho com a população em situação de rua: a coexistência entre a rigidez necessária ao enfrentamento das condições objetivas do “território rua” e a capacidade de produzir acolhimento, sensibilidade e experiências compartilhadas. Tal imagem sintetiza a contradição apreendida nas narrativas analisadas, a rua como espaço de luta intensa, mas também como locus de identificação, de construção de sentido e de produção de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste estudo, fica bastante evidente a necessidade urgente de debatermos, olharmos, revisitarmos e avançarmos com a Política Nacional para a População em Situação de Rua, uma vez que a pesquisa evidencia lacunas estruturais em sua formulação e implementação. Um aspecto particularmente revelador diz respeito à ausência de menção explícita a segmentos específicos presentes nas dinâmicas de rua, como crianças e adolescentes, pessoas idosas, população negra e população trans, cuja invisibilidade normativa reforça desigualdades historicamente produzidas e reproduzidas no âmbito das políticas sociais.

A partir dos dados levantados e sistematizados pela pesquisa, evidencia-se a necessidade de aprimorar a política, de modo que ela de fato contemple o conceito de heterogeneidade presente na política, e que reconheça a interseccionalidade que atravessa as trajetórias de vida das pessoas em situação de rua. Tal aprimoramento é ainda mais premente quando se refere às demandas de saúde, que se apresentam de forma complexa, contínua e agravada pelas condições de exposição e negligências cotidianas.

Esse cenário adquire contornos ainda mais desafiadores diante do avanço do conservadorismo no país, assim, o fortalecimento e a qualificação da Política Nacional para a População em Situação de Rua constituem não apenas uma exigência técnica e institucional, mas também uma tarefa política central para a garantia do direito à saúde e para a afirmação de um projeto societário comprometido com a justiça social e com a dignidade humana.

A partir do debate desenvolvido acerca das bases sociais e históricas que explicam o fenômeno da população em situação de rua no Brasil, torna-se evidente que a dimensão étnico-racial constitui um eixo central para a sua compreensão. A análise das relações sociais, das dinâmicas do mundo do trabalho, dos processos de pauperização e da produção de fenômenos como a situação de rua revela que tais expressões não podem ser dissociadas da história de escravização que foi a base da economia do país por quase quatro séculos.

No campo do Serviço Social, essa centralidade adquire ainda maior relevância. A produção teórica e a pesquisa de campo demonstram que o debate racial não pode mais ser relegado a um lugar secundário ou acessório, uma vez que o racismo opera como princípio organizador das relações sociais, conformando desigualdades, produzindo violências e atravessando de maneira decisiva as expressões da questão social. Os dados levantados por esta pesquisa confirmam que a presença majoritária de pessoas negras entre a população em situação de rua não é contingente, mas resultante de um processo histórico contínuo de

expropriação, violação e desproteção estatal.

Nesse contexto, a violência cotidiana, o medo, o descaso institucional e a produção social da morte são expressões do racismo, articuladas às determinações próprias do modo de produção capitalista. Assim, torna-se imprescindível desenvolver um debate crítico e densamente fundamentado, ancorado na crítica marxiana às relações sociais do capital, para compreender como as desigualdades racializadas e generificadas não são disfunções do sistema, mas elementos constitutivos e funcionais à sua reprodução. A situação de rua, nesse sentido, emerge como expressão extrema de processos históricos de racialização da pobreza, evidenciando que raça e classe se articulam de modo inseparável na conformação das formas contemporâneas de desigualdade e exclusão social.

A PSR é resistência histórica da população negra frente a um projeto social estruturado pela lógica genocida. A luta empreendida pelos movimentos sociais é, primordialmente, pelo direito de existir, direito sistematicamente negado no contexto das ruas. Nesse cenário, torna-se fundamental compreender o lugar que cabe ao Serviço Social no diálogo com os movimentos sociais: trata-se de um papel de apoio e fortalecimento, de mediação crítica, de incentivo à participação política e à formação sociopolítica, contribuindo para a construção de espaços educativos e de visibilidade pública das reivindicações. Tal atuação deve orientar-se pela perspectiva de que o protagonismo é, necessariamente, da população em situação de rua, uma vez que é essa coletividade que vivencia cotidianamente as violências, os apagamentos e as resistências que conformam o fenômeno.

Assim, cabe às e aos profissionais atuarem lado a lado com o movimento, reconhecendo sua autonomia política e contribuindo para o fortalecimento de suas pautas, demandas e estratégias de luta. Tal postura implica assumir uma prática ético-política comprometida com a defesa intransigente dos direitos humanos, com a centralidade das vozes da rua e com a construção cotidiana de processos coletivos que afirmem o direito de existir e de produzir novas formas de vida no e para além do “território rua”.

As pesquisas bibliográfica, de opinião e de campo produziram um conjunto expressivo de evidências acerca da atuação de assistentes sociais junto à PSR, permitindo compreender como essas demandas se apresentam cotidianamente às profissionais e revelando a complexidade que caracteriza as necessidades de saúde dessa população. Os resultados apontam que se trata de um trabalho marcado por elevado grau de exigência técnica, política e ética, que vem sendo desenvolvido de maneira crítica e comprometida, reafirmando a importância social da profissão.

A pesquisa também evidencia a necessidade de conferir maior visibilidade às especificidades dessa atuação, uma vez que o trabalho desenvolvido nesse contexto produz impactos significativos tanto na vida, no cuidado e nas potencialidades da população usuária quanto na saúde física e emocional das trabalhadoras e trabalhadores. Trata-se de um território cuja dinâmica é simultaneamente condicionante e condicionada pela intervenção profissional, conformando um campo de atuação em que o Serviço Social é interpelado e, ao mesmo tempo, transforma as relações sociais que compõem essa realidade.

Nesse sentido, os achados desta investigação indicam a existência de uma dialética circular entre as/os trabalhadoras, a população atendida e o fenômeno em si: parte-se das determinações concretas da realidade para interpretá-la criticamente, ao mesmo tempo em que essa mesma realidade se reorganiza em função da intervenção profissional. Essa dialética expressa a forma como a sociedade capitalista produz e reproduz desigualdades estruturais, alimentando-se das próprias mazelas que engendra. Ao mesmo tempo, evidencia que as profissionais, ainda que enfrentem desafios intensos, se reconhecem nesse campo de atuação e são profundamente atravessadas por ele, construindo processos de identificação, sentido e aprendizado.

É particularmente simbólico que, apesar das adversidades relatadas, a ampla maioria das participantes manifeste identificação e pertencimento com o trabalho na rua. Tal elemento reforça a compreensão de que o exercício profissional é constituído por relações de troca e construção coletiva, nas quais tanto as profissionais quanto a população em situação de rua produzem força, resistência e elaboração de suas lutas cotidianas.

A pesquisa buscou desenvolver conceitos que aproximassem o processo investigativo da realidade tão profundamente analisada. Pensar a rua é compreendê-la enquanto um território com seus próprios marcos, inserida em outros territórios cujo diálogo e interface podem ou não existir, mas ainda assim constrói uma lógica muito própria de solidariedade, afetividade, reprodução da vida material, de subjetividades e produção de cuidado. Portanto o “território rua” precisa ser compreendido enquanto chão vivo que protagoniza as próprias lutas e escancara a perversidade da lógica implementada pelo capital.

Pautamos também a necessidade de aprofundarmos o debate acerca do conceito de vulnerabilidade, neste sentido, a possibilidade de pensar as violações vivenciadas pela PSR enquanto ação e/ou omissão do Estado se configura enquanto escolha política. Neste sentido, desloca-se a responsabilidade da criação, manutenção e atualização do fenômeno da PSR em tempos de capital fetichizado para o Estado, cuja responsabilidade precisa ser denunciada. A

ideia de populações vulneráveis ou vulnerabilizadas tende a esvaziar a PopRua de sua potencialidade e autodeterminação, portanto, ainda que negligenciadas pelo Estado, a rua é movimento que cria e recria formas de lutar pelo direito de existir e enfrentar cotidianamente um projeto político de morte que avança sobre os nossos corpos.

Conclui-se, portanto, que o Serviço Social desempenha uma atuação cujo protagonismo é corroborado pelos achados da pesquisa, conferindo visibilidade a práticas que, embora marcadas pelo medo, pela discriminação, pelo racismo e invisibilidade, revelam também potência, compromisso ético-político e capacidade de intervenção crítica em uma das expressões mais agudas da questão social no Brasil.

Mesmo diante de um cenário tão preocupante, é preciso compreender que a luta antimanicomial também segue em curso. A população que está à margem é aquela que dá contorno aos territórios, comunidades e coletivos. A experiência marginal é a expressão da resistência contra um projeto de isolamento, apagamento, silenciamento e morte.

A rua existe como evidência de que a sociedade baseada na lógica do capital falha cotidianamente, compreendemos expressa a força da classe trabalhadora, reinventando novas formas de permanecer viva e criando as tensões necessárias à revolução que almejamos, pois não podemos perder de perspectiva que a nossa luta é por uma nova sociabilidade, cujos sujeitos possam viver uma experiência ontológica sob novos marcos, livres de todas as formas de opressão e exploração.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro: Pólen, 2019.
- AMARANTE, Paulo. De volta à cidade, sr. cidadão - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. In: *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018
- AYRES, J. R. C. M. Norma e Formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a06v09n3.pdf>>. Acesso em 20dez. 2012.
- AYRES. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**, p. 117-139. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- ANTUNES, R. A pandemia e a revolta dos precários. **Le Monde**, 2021. Disponível em: <<https://diplomatie.org.br/a-pandemia-da-uberizacao-e-a-revolta-dos-precarios>>. Acesso em: 8 nov. 2021.
- AZEVEDO, E. et al. Práticas intersectoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. In **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2012.
- ADICHIE. C. N. O perigo de uma história única. 1ed. São Paulo: Companhia das letras, 2019. BINJA. E. J. B. Tradição Oral em África: valores, movimentos e resistência. In: Seminário Nacional de Sociologia, 3., 2020, São Cristóvão. Anais. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe, 2020. Disponível em: <https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/13866/2/TradicaoOralAfrica.pdf>. Acesso em 10 nov 2021.
- AKOTIRENE, Carla. Interseccionalidade. São Paulo: Editora Jandaíra, 2020.
- AGUERO, M. C. G; GARCÍA, S. M; ROJAS, A. C. V; SILVA, J. F. S. Fortalecer os fundamentos: principal desafio da formação profissional do Serviço Social no Paraguai. In: contribuições ao debate latino-americano. São Paulo: Cortez, 2022. p. 282-315.
- ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro: Pólen, 2019.
- BRASIL. **População em Situação de Rua**: Diagnóstico com base nas informações disponíveis em registros administrativos do Governo Federal. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2023. Disponível em: [relat_pop_rua_digital.pdf](#)
- BISCOTTO, P.R.; JESUS, M.C.P.; SILVA, M.H.; OLIVEIRA, D.M.; MERIGUI, M.A.B. Compreensão da vivência de mulheres em situação de rua. In: **Revista Enfermagem:USP**, São Paulo, 2016; disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MW7WynyQxZyQNhWQtTThCgR/?format=pdf&lang=pt>>. acesso em 05 jun. 2021.
- BATISTA, A.; ANTUNES, B.; FAVERET, G.; PERES, I.; MARCHESI, J.; CUNHA, P.; DANTAS, L.; BASTOS, L.; CARRILHO, L.; AGUILAR, S.; BAIÃO, F.; MAÇAIRA, P.; HAMACHER, S.; BOZZA, F. **Análise socioeconômica da taxa de letalidade da Covid-19 no Brasil**. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde – PUC-Rio – Nota Técnica 11, 2020. Disponível em: <<https://ponte.org/wp-content/uploads/2020/05/NT11-An%C3%A1lise-descritiva-dos-casos-de-COVID-19.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BEHRING, E. R. Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. *In*: BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti; LIMA, Rita de Lourdes (Orgs.). **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2018, p. 39-72.

BARROCO, M. L. S. Direitos humanos, neoconservadorismo e neofascismo no Brasil contemporâneo. **Serviço Social e Sociedade**: São Paulo, 2022.

BISPO, Antonio. **A terra dá, a terra quer**. São Paulo: Ubu, 2023.

BRASIL. ADPF. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Brasília: Superior Tribunal Federal (STF), 2023. Disponível em: [ADPF976MC1.pdf](https://www.stf.jus.br/portal/consulta.do?base=ADPF&id=976MC1)

BRASIL. **Constituição(1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. **Constituição (1934)**. Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm

BRASIL. **Política Nacional para inclusão da População em Situação de Rua**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2019-08/pol.nacional-morad.rua_.pdf . Acesso em 05 fev 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 05 fev 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaNacionalPromocaoSaude.pdf>. Acesso em: 05 fev 2023.

BRASIL. Portaria nº 122 de 25 de janeiro 2012. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**: Diário Oficial da União, 1º fev. 2012. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 05 fev 2023.

BRASIL. Rua: aprendendo a contar: **Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDS, 2009a. Disponível : https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em: 05 fev 2023.

BRASIL. Decreto nº 7053 de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para o População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**: Diário Oficial da União, 24 dez. 2009. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em 07 fev. 2021.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 109, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2009. **Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. 2009a Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Todos os direitos reservados. Disponível em:

<https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/054.pdf>. Acesso em 03 abr 2023.

BRASIL. **Plano Ruas Visíveis** - plano de ação e monitoramento para efetivação da política nacional para a população em situação de rua. Brasília, 2023. Disponível em:

[capa_relatorio_pop_rua_v2](#)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. **Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus**. Brasília, DF, fev. 2020. Disponível em:

<<http://in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>.

Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial – Covid-19**. Brasília, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/etsantos/

Downloads/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20N%C2%BA%20

107%20-%20Boletim%20COE%20Coronav%C3%ADrus.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. **Lei 601, de 18 de setembro de 1850**. Dispõe sobre as terras devolutas do Império.

Brasil, 1850. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/10601-1850.htm.

Acesso em: 07 dez. 2021.

BRASIL. **Lei 581 de 4 de setembro de 1850**. Estabelece medidas para a repressão do tráfico de africanos neste Império. Brasil, 1850a. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim581.htm. Acesso em: 07 dez. 2021.

BRASIL. **Lei 2040 de 1871**. Declara de condição livre os filhos de mulher escrava que nascerem desde a data desta lei. Brasil, 1871. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim2040.htm#:~:text=LIM2040&text=Declara%20de%20condi%C3%A7%C3%A3o%20livre%20os,de%20escravos. Acesso em: 07 dez.

2021.

BRASIL. **Lei nº 3270 de 28 de setembro de 1885**. Regula a extinção gradual do elemento servil. Brasil, 1885. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM3270.

Acesso em: 4 nov. 2021.

BRASIL. **Lei nº 3353 de 13 de maio de 1888**. Declara extinta a escravidão no Brasil. Brasil, 1888. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim3353.htm. Acesso em: 04 nov. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890**. Código Penal. Brasil, 1890. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm. Acesso em: 04 nov. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 528 de 28 de junho de 1890**. Regulariza o serviço da introdução e localização de imigrantes na República dos Estados Unidos do Brasil. Brasil, 1890a. Disponível em: [Portal da Câmara dos Deputados \(camara.leg.br\)](#). Acesso em: 04 nov. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 17943A de 12 de outubro de 1927**. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Brasil, 1927. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d17943a.htm. Acesso em: 04 nov. 2021.

BRASIL. **Decreto-lei nº 3688 de 3 de outubro de 1941.** Lei das Contravenções Penais. Brasil, 1941. Disponível em: [DEL3688 \(planalto.gov.br\)](http://del3688.planalto.gov.br). Acesso em: 04 nov. 2021.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BARROS, K. C. C. **Mulheres da maloca:** cuidado, gestação e situação de Rua. Rio de Janeiro: Autografia, 2022.

CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. **A saúde persecutória:** os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma:** repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CAMPOS & FURTADO. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, 2008.

CAVALCANTI, L.; OLIVEIRA, T.; SILVA, S. L. **Relatório Anual OBMigra 2024.** Série Migrações. Observatório das Migrações Internacionais; Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2024. Disponível em: <https://portaldeimigracao.mj.gov.br/pt/dados?id=40117>

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** Brasília, 2014.

CFESS. **Formação, Trabalho e Participação Sociopolítica:** dados complementares ao Perfil de Assistentes Sociais no Brasil. Brasília, 2024.

CFESS. **Resolução nº 1.114 de setembro de 2025.** Dispõe sobre as condições éticas e técnicas para o exercício profissional da(o) Assistente Social. Brasília, 2025. Disponível em: [oLyINKoMJ2ER4kgTH9r-EpRWI-heQ6n.pdf](https://portaldelegis.cfess.org.br/legis/2025/09/1114-2025). Acesso out de 2025.

CRP PR- Conselho Regional de Psicologia do Paraná. **A rua existe e resiste:** documentário do Movimento Nacional da População de Rua, 2022. 1 vídeo 48 min. Disponível em: <https://youtu.be/Wle7uW6pToQ>. Acesso em 05 fev 2023.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COSTA, Jurandir Freire. História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 5º ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade.** 1ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510 de 07 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.** Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 20 set 2023.

CARNEIRO, A. S. (2005). **A Construção do Outro como Não-Ser e como fundamento**

do Ser. São Paulo, 2005. (Tese de doutorado – FEUSP/USP). Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001465832>. Acesso em 15 set 2021.

CASTELLANOS, M. E. P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 2014; 19(4):1065-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDJvXSYtqN9jB YXb9ZPCK9z/?lang=pt>. Acesso em 09 jul 2021.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS (CNDH). 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.** Brasília, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/copy_of_Resolucao40.pdf. Acesso em: 2 maio 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **CNS no enfrentamento à pandemia.** Brasília, 2021. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/especial-cns-no-enfrentamento-a-covid-19>. Acesso em: 12 out. 2021.

CRP PR - Conselho Regional de Psicologia do Paraná. **A rua existe e resiste:** documentário do Movimento Nacional da População de Rua, 2022. 1 vídeo (48 min). Disponível em: <https://youtu.be/Wle7uW6pToQ>. Acesso em: 05 fev. 2023.

DAMASCENO, N. F. P.; MALVEZZI, E.; SALES, C. M.; SALES, A. A narrativa como alternativa na pesquisa em saúde. *Interface*. Botucatu, 2018; 22(64):133-40. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/fv5mzJCJWtSZKWxJHbNJv9s/?lang=pt>. Acesso em 09 jul 2021.

DAVID, Emiliano de Camargo. **Aquilombamento da Saúde Mental:** cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil. São Paulo: Hucitec, 2023.

FERRUGEM, D. Guerra às Drogas e a Manutenção da Hierarquia Racial. Belo Horizonte: Letramento, 2019,

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. **Promoção da saúde e gestão local.** HUCITEC, São Paulo, 2007.

FONSECA, A. P. O trabalho do assistente social no Consultório na Rua. In: **Anais do 8º Encontro Internacional de Política Social.** Vitória, 2020.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 2008.

FERNANDES, F. **A integração do negro na sociedade de classes.** 5. ed. São Paulo: Globo, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano:** ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GUILLEN, I. C. M. Ancestralidade e oralidade nos movimentos negros de Pernambuco. *Anais XXVII Simpósio Nacional de História.* Natal, 2013. Disponível em:

https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548874919_cfb1d291e8094609577ae5b6e646080a.pdf. Acesso em: 15 set 2021.

GROSSMAN, E.; CARDOSO, M. H. C. A. As narrativas em medicina: contribuição à prática clínica e ao ensino médico. In *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.30, p. 6-14. 2006. 128 Disponível em . Acesso em 14 out. 2013.

GALVÃO, C. Narrativas em Educação. In **Revista Saúde e Educação**, v.11, n.2, p. 327-345, 2005. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ciedu/a/H5hSMRYMyjhYtBxqnMVZVJH/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em 27 nov 2023.

GIL. A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidades. In: **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n.7, p. 1479-1504. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/MDJ4Q8zJvCTWDHktRGyTwzC/?lang=pt>. Acesso em 7 fev. 2021.

HOOKS, Bell. Não sou eu uma mulher: Mulheres negras e feminismo: Plataforma Gueto, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: Atlas do Censo Demográfico 2010 - PGI (ibge.gov.br). Acesso em 05 fev 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Brasil: 500 anos de povoamento**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: IBGE | Brasil: 500 anos de povoamento | território brasileiro e povoamento | negros. Acesso em: 02 fev 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde : 2019 : orientação sexual autoidentificada da população adulta** / IBGE, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em:[IBGE | Biblioteca](#). Acesso em 10 jun 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD Contínua**: trabalho de crianças e adolescentes de 05 a 17 anos de idade 2023. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: [a13e907666708c1dae1c9028d5d8cb6e.pdf](#) Acesso em 10 jun 2025.

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **Atlas da Violência**. Brasília, 2025. Disponível em: [5999-atlasdaviolencia2025.pdf](#). Acesso em: 10 jun 25

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **Nota Técnica nº 74. População em Situação de Rua em Tempos de Pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais**. Brasília: IPEA, jun. 2020a. Disponível em: Acesso em: 22 ago. 2022.

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Nota Técnica: estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022). Brasília: IPEA, 2022. Disponível em: [content](#)

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. **População em situação de rua cresce e fica mais exposta à Covid-19**, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=35811>. Acesso em: 12 out. 2021.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 11ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V. Serviço Social, “questão social” e trabalho em tempo de capital fetiche. In: RAICHELIS, R. et al. **A nova morfologia do trabalho no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018, p. 71-89.

IAMAMOTO. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**: Capital Financeiro, trabalho e questão social. 4ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, M. V. YASBEC, M. C. **Serviço social na história**: América Latina, África e Europa. São Paulo, Cortez, 2019.

IAMAMOTO, M. V. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: **CFESS/ABEPSS**. Serviço social: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: [Os espaços ocupacionais do assistente social \(unifesp.br\)](https://www.unifesp.br/portal/index.php?option=com_content&id=35811). Acesso em: 05 fev. 2023.

IANNI, Octávio. **Origens Agrárias do Estado brasileiro**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

LOPES, M. S. V.; SARAIVA, K. R. O.; FERNANDES, A. F. C.; XIMENES, L. B. Análise do conceito de promoção da saúde. Florianópolis: **Texto Contexto Enfermagem**, 2010.

MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021.

MARINI, R. M. **Subdesenvolvimento e revolução**. 6. ed. Florianópolis: Insular, 2017.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do partido comunista**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política: livro I: o processo de produção do capital [1867]. São Paulo: Boitempo, 2013.

MEYER, D. E. E et al. “Você aprende. Agente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, 2006.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O., **Quantitativo-Qualitativo**: oposição ou complementaridade: Caderno de Saúde Pública. v. 9, p.239-262, Rio de Janeiro, 1993. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>. Acesso em 8 fev 2021.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 Ed. São Paulo: HUCITEC, 2004

MINAYO, M. C. S. (org). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

- MS. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. Brasília, 2023. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 15 jul 2023.
- MNPR. **Movimento Nacional da População de Rua**: conhecer para lutar. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2010.
- MOURA, Clovis. **O Negro**: de bom escravo a mau cidadão? Rio de Janeiro: Tavares e Tristão, 1977.
- MOURA, Clovis. **Dialética Radical do Brasil Negro**. São Paulo: Anita Garibaldi, 2024.
- MOURA, Clovis. **Quilombos**: resistência ao escravismo. São Paulo: Expressão Popular, 2020.
- MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. São Paulo: n1, 2018.
- MARX, K. **O Capital**: Crítica da Economia Política. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.
- MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.
- MUNÔZ, Jorge. (Des)Territorialização, População de Rua e o Trabalho de Assistentes Sociais. In: **O Trabalho do/a Assistente Social no SUAS: Seminário Nacional**. Brasília: CFESS, 2011, p. 218-228. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/SEMINARIO_SS_no_SUAS\(2009\).pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/SEMINARIO_SS_no_SUAS(2009).pdf). Acesso em: 11 abr. 2022.
- NATALINO, M. A. C. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Ipea, 2016.
- NASCIMENTO, Abdias. **O Genocídio do Negro Brasileiro**: processo de um racismo mascarado. São Paulo: Perspectivas, 2016.
- NEVES, Laís Caroline. **População em Situação de Rua e o Direito à Saúde**: análise sobre a Estratégia Consultório na Rua no contexto pandêmico. Franca: Unesp, 2023.
- NOGUEIRA, L. F. V. Expectativa de Vida e mortalidade de escravos: uma análise da Freguesia do Divino Espírito Santo do Lamim – MG (1859-1888). **Revista Histórica**, [São Paulo]: Arquivo Público de São Paulo, n. 51, dez. 2011. Disponível em: <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao51/materia01/>. Acesso em: 10 nov. 2021.
- OLIVEIRA, E. S.; LUCINI, M. O Pensamento Decolonial: Conceitos para Pensar uma Prática de Pesquisa de Resistência. *Boletim Historiar*. UFS, 2021. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/historiar/index>. Acesso em: 15 set 2021.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P.; Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saude Publica*. São Paulo, 2018; 42(6):1090-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/WPXw77VZ5zdVzWbqKX9V6mm/?lang=pt>. Acesso em 09 jul 2021. 129
- OLIVEIRA, K. B. T. **Pessoas em situação de rua**: as determinações sociais que motivam a viver e permanecer nas ruas. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista

(UNESP). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Franca, 2019, 136 p. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/193403/Oliveira%2cKBT_me_franca.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 8 nov. 2021.

OLIVEIRA, R. G.; CUNHA, A. P.; GADELHA, A. G. S.; CARPIO, C. G.; OLIVEIRA, R. B.; CORREA, R. M. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a Covid-19 e o racismo estrutural. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1177/desigualdades-raciais-e-a-morte-como-horizonte-consideracoes-sobre-a-covid-19-e-o-racismo-estrutural>>. Acesso em: 11 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional**. OPAS/OMS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875>. Acesso em: 12 out. 2021

PACHECO, J. P. Dos cárceres para o “Contingente de Guerra” – homens negros livres e libertos da Província da Paraíba do Norte (1864-1870). In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL BRASIL NO SÉCULO XIX**, 3., 2018, Natal. João Pessoa: UFPB, Programa de Pós-Graduação em História, 2021. Disponível em: https://www.seo.org.br/download/download?ID_DOWNLOAD=156. Acesso em 10 nov 2021.

PAULA, Tadeu. **Guerra às Drogas e Redução de Danos**: nas encruzilhadas do SUS. São Paulo: Hucitec, 2022.

PEREIRA, E. C.; SAMPAIO, S. S. A relação de classe e raça na formação da classe trabalhadora brasileira. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 432-445, 2018.

PASSOS, R. G. **Na Mira do Fuzil**: a saúde mental das mulheres negras em questão. São Paulo: Hucitec, 2023

PASSOS, R. G. Saúde Mental, Racismo e Serviço Social: diálogos necessários. In: **Antirracismos e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2022.

ROSA, A. S. R.; BRETAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo. In: Interface: UNESP, Botucatu, 2015. disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/8T6c9LN8dqCzSJRfYypZDbT/?format=pdf&lang=pt>> acesso em 05 jun. 2021.

RIO DE JANEIRO (Município). **População em situação de rua no Rio de Janeiro**: censo 2020. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos, 2020. Disponível em: <https://www.data.rio/apps/PCRJ::censo-de-popula%C3%A7%C3%A3o-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-rua-2020-1/explore>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SÃO PAULO (Município). **Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo**. São Paulo: Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, 2019. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Produtos/Produto%209_SMADS_SP.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.

SANTOS, Milton. O retorno do território. In **Território : globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SANTOS, T. B. F. **Ruas e pandemia**: as determinações na saúde da população em situação de rua. Dissertação. UNESP: Franca. 2024

SANTOS, E. T. A. Serviço Social e a População em Situação de Rua: atuação no Consultório na Rua. In: **Serviço Social e Saúde: reflexões de Brasil e Angola**. São Paulo: CRV, 2022.

SANTOS, E. T. A.; PIANA, M. C. (orgs). **Reflexões Teóricas e Metodológicas das Pesquisa Sociais: uma experiência do doutoramento**. São Paulo: Pedro & João Editores, 2022

SANTOS, E. T. A.; SARRETA, F. O. População em Situação de Rua na Pandemia: desdobramentos da crise do capital. **Revista SeR Social** (Online), v. 24, p. 364-384, 2022. Disponível em: https://www.periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/42539. Acesso em 20 set 2023.

SANTOS, E. T. A.; SARRETA, F. O. Oralidade e Narrativas em Saúde: a construção de abordagens decoloniais. In: **Reflexões Teóricas e Metodológicas das Pesquisas Sociais**. São Paulo: Pedro e João Editores, 2022.

SANTOS, Elaine Teixeira Alves dos; SARRETA, Fernanda de Oliveira; GUILHERME, Bruno César Oliveira. A cor das ruas: o racismo e a população em situação de rua no Brasil. In: **PerCursos**, Florianópolis, v. 24, e0304, 2023. Disponível em: [A cor das ruas: o racismo e a população em situação de rua no Brasil | PerCursos \(udesc.br\)](https://www.udesc.br/percursos/2023/04/a-cor-das-ruas-o-racismo-e-a-populacao-em-situacao-de-rua-no-brasil). Acesso em 27 nov 2023.

SARRETA, F. O.; LIPORONI, A. A. R. C.; BISCO, G. C. B.; SANTOS, E. T. A.; LIMA, E.; SILVEIRA, D. H. Educação Permanente de Trabalhadores da Saúde em Tempos de Pandemia. **Revista da ESP**, v. 16, p. 24-32, 2022b. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/855/354>. Acesso em: 20 set 2023.

SARRETA, F. O.; LIPORONI, A. A. R. C.; SANTOS, E. T. A. BISCO, G. C. B.; SANTOS, T. B.; MARTINS, R. M.; SILVEIRA, D. H. Rodas de conversas sobre o SUS potencializa as resistências no enfrentamento da pandemia. **Rev Saúde em Redes**, v. 8, p. 327-343, 2022c. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3596>. Acesso em 20 set. 2023.

SILVA, J. F. S. Crise do capital, neoconservadorismo e Serviço Social no Brasil: apontamentos para o debate. **Revista em Pauta**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/elain/Downloads/18624-60951- 2-PB%20(2).pdf>. Acesso em: 8 nov. 2021.

SILVA, U. B. **Racismo e alienação: uma aproximação à base ontológica da temática racial**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

SOARES, R. C.; CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M.; Serviço Social na Política de Saúde no enfrentamento da Pandemia da COVID-19. In: **Rev. Serviço Social e Sociedade**. São

Paulo. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/B3QvfrsQcsNy6H3vP5ZrTmS#>. Acesso em: 05 fev 2023.

SOUZA, Vanderlei Sebastião. Eugenia, racismo científico e antirracismo no Brasil: debates sobre ciência, raça e imigração no movimento eugênico brasileiro. In: **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 42, nº 89, 2, 2022. Disponível em: [SciELO - Brasil - Eugenia, racismo científico e antirracismo no Brasil: debates sobre ciência, raça e imigração no movimento eugênico brasileiro \(1920-1930\) Eugenia, racismo científico e antirracismo no Brasil: debates sobre ciência, raça e imigração no movimento eugênico brasileiro \(1920-1930\)](#). Acesso em 08 ago 2023.

SOUZA, S. E. F.; MESQUITA, C. F. B.; SOUSA, F. S. P. Abordagem na rua às pessoas usuárias de substâncias psicoativas: um relato de experiência. In: **Revista Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, N. 112, P. 331-339, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YbSW66D7MFGbRtFRZnD7RhG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 23 mar 2023.

SNOW, D.; ANDERSON, L. **Desafortunados**: um estudo sobre o povo de rua. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1998.

SILVA, U. B. Racismo e luta de classes no Brasil. **Revista Pandora**, São Paulo, ed. 101, p. 11-34, set. 2019.

SCHIFFLER, M. F. Tradição, Oralidade e Ancestralidade. Feira Literária Brasil - África de Vitória -ES. UFES, Vitória, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/flibav/article/view/14039>. Acesso em: 15 set 2021.

TEIXEIRA, S. F. (org). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortês, 2006.

TIENGO, V. M. **Rualização e Informalidade**: frutos do capitalismo. Appris. Curitiba. 2020

UNESP. **Celebração, Lutas e Resistências na Pandemia**: a visibilidade do trabalho e da população em situação de rua. YouTube, 18 ago 2021. Disponível em: [\(1828\) Celebração Lutas e Resistências na Pandemia - 1º dia - 18/08/2021 - 19h - YouTube](#). Acesso em: 20 set 2023.

UNESP. **1º Fórum Nacional de Trabalhadoras e Trabalhadores dos Consultórios na Rua**. YouTube, 30 ago 2022. Disponível em: [\(1828\) 1º. Fórum Nacional de Trabalhadoras e Trabalhadores dos Consultórios na Rua - Período da manhã - 9h - YouTube](#). Acesso em: 20 set 2023.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social**: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

APÊNDICE**Apêndice A - Questionários****QUESTIONÁRIO DE PESQUISA
PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL DOS CONSULTÓRIOS NA RUA****1. Perfil das/dos entrevistadas/os**

Cor/ Etnia/etnia

- ☐ Preta/o
- ☐ Parda/o
- ☐ Branca/o
- ☐ Amarela
- ☐ Indígena
- ☐ Quilombola
- ☐ População Ribeirinha

Identidade de gênero

- ☐ Mulher trans
- ☐ Travesti
- ☐ Homens trans
- ☐ Mulher cis
- ☐ Homem cis
- ☐ Não binária
- ☐ Outro

Orientação sexual:

- ☐ Homossexual
- ☐ Heterossexual
- ☐ Bissexual
- ☐ Assexual
- ☐ Pansexual
- ☐ outro

Faixa etária:

- ☐ 18 a 29 anos
- ☐ 30 a 39 anos
- ☐ 40 a 49 anos
- ☐ 50 a 59 anos
- ☐ 60 ou mais

Você é uma pessoa com deficiência?

- ☐ não
- ☐ sim.

Graduação:

- ☐ Graduação presencial
- ☐ Graduação EAD
- ☐ Graduação Semipresencial

Você se formou em instituição:

- ☐ Universidade Pública
- ☐ Instituição Privada

Formação Acadêmica:

- ☐ Bacharelado
- ☐ Especialização (lato sensu)
- ☐ Residência Multiprofissional
- ☐ Aprimoramento
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado

É formada em Serviço Social há quanto tempo

- ☐ menos de 1 ano
- ☐ de 1 a 5 anos
- ☐ de 6 a 10 anos
- ☐ mais de 10 anos

Carga horária

- ☐ 20 horas semanais
- ☐ 30 horas semanais
- ☐ 40 horas semanais
- ☐ outro _____

Qual o salário mensal

- ☐ menos de 1.000 reais
- ☐ Entre 1.000 reais e 2.000 reais
- ☐ Entre 2.001 reais e 3.000 reais
- ☐ Entre 3.001 reais e 4.000 reais
- ☐ Entre 4.001 reais e 5.000 reais
- ☐ Entre 5.001 reais e 6.000 reais
- ☐ Entre 6.000 reais e 7.000 reais
- ☐ Mais de 7.001 reais

É assistente social do Consultório na/de Rua há quanto tempo?

- ☐ menos de 6 meses
- ☐ de 6 meses a 1 ano
- ☐ de 1 a 5 anos
- ☐ de 6 a 10 anos
- ☐ mais de 10 anos

Cidade/ Estado em que reside: _____

Cidade/ Estado em que atua: _____

2. Sobre o Consultório na Rua

O Consultório na/de Rua em que você trabalha foi inaugurado em que ano?

- ☐ antes de 2011
- ☐ 2011
- ☐ 2012

- ☐ 2013
- ☐ 2014
- ☐ 2015
- ☐ 2016
- ☐ 2017
- ☐ 2018
- ☐ 2019
- ☐ 2020
- ☐ 2021
- ☐ 2022
- ☐ 2023
- ☐ Desconheço a data

Qual a modalidade da equipe de Consultório na Rua (eCR)?

- ☐ Modalidade I (2 profissionais de ensino médio + 2 profissionais de ensino superior)
- ☐ Modalidade II (3 profissionais de ensino médio + 3 profissionais de ensino superior)
- ☐ Modalidade III (Modalidade II acrescida de profissional médico)
- ☐ Desconheço a modalidade

Em relação à composição da equipe:

- ☐ A equipe está completa de acordo com a modalidade pactuada
- ☐ Em geral há falta de profissionais, mas a equipe é recomposta rapidamente
- ☐ Raramente trabalha com a equipe completa, porém sem impacto significativo no serviço prestado
- ☐ Trabalha-se com equipe reduzida, impactando no serviço prestado

O Consultório na Rua é um serviço

- ☐ da administração direta (funcionários e gestores são servidores públicos)
- ☐ terceirizado (OSC ou OS)
- ☐ híbrido (servidores públicos e terceirizados)
- ☐ outro: _____

Quais são os profissionais que compõem a equipe?

- ☐ Agente Social
- ☐ Assistente Social
- ☐ Auxiliar de Enfermagem
- ☐ Auxiliar de Serviços Gerais
- ☐ Cirurgião/o Dentista
- ☐ Enfermeira/o
- ☐ Médica/o
- ☐ Motorista
- ☐ Profissional de Arte e Educação
- ☐ Profissional de Educação Física
- ☐ Profissional de Redução de Danos
- ☐ Agente Social com trajetória de rua
- ☐ Psicóloga/o
- ☐ Técnico de Enfermagem
- ☐ Técnico em Saúde Bucal
- ☐ Terapeuta Ocupacional

Qual a carga horária de funcionamento do Consultório na/de Rua

- ☐ 30 horas semanais
- ☐ 40 horas semanais
- ☐ Outra: _____

Qual o horário de funcionamento?

- ☐ As atividades são desenvolvidas em horário comercial
- ☐ Há atividades diurnas e noturnas

Quais os dias de funcionamento?

- ☐ De segunda a sexta
- ☐ De segunda a sábado
- ☐ Todos os dias
- ☐ Outros: _____

Possuem veículo próprio

☐ sim

☐ não

O Consultório na Rua está sob a coordenação:

☐ do setor de Atenção Básica da Secretaria de Saúde

☐ do setor de Saúde Mental da Secretaria de Saúde

☐ do setor de IST/AIDS

☐ Outro

Vocês realizam ações de Redução de Danos

☐ sim

☐ não

Se sim quais?

☐ Orientações sobre consumo de drogas

☐ Orientações sobre prevenção às IST/AIDS

☐ Orientações sobre prevenção à doenças de maior prevalência entre a População em Situação de Rua

☐ Entrega de insumos para o consumo seguro de drogas

☐ Entrega de insumos de prevenção às IST/AIDS

☐ Entrega de insumos de prevenção a agravos (água, protetor solar e labial, lanches, etc.)

☐ Insumos para garantia da dignidade menstrual (absorventes e demais insumos de higiene pessoal)

☐ Outros

A rede do seu município possui quais desses serviços:

☐ Centro Pop

☐ Serviço de Abordagem Social

☐ Serviço de Acolhimento - Abrigo Provisório

☐ Serviço de Acolhimento - Casa de Passagem

☐ Serviço de Acolhimento - República

☐ Moradia Primeiro

☐ Outros

☐ Desconheço

Há dificuldade de articulação com a rede?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, a maior dificuldade de articulação com a rede se dá:

☐ com os outros serviços da própria rede de saúde

☐ com os serviços da rede socioassistencial

☐ outros: _____

☐ não há dificuldade de articulação

Entre os serviços da saúde, quais impõem maior dificuldade ao acesso da PSR

☐ ESF/UBS

☐ Pronto Socorro/ UPA

☐ SAMU

☐ CAPS II/III

☐ CAPS AD

☐ Outros: _____

☐ não há dificuldade de articular o acesso

Entre os serviços da Assistência Social, quais impõem maior dificuldade ao acesso da PSR

☐ CRAS

☐ CREAS

☐ Centro Pop

☐ Abrigo Provisório/ Casa de Passagem

☐ Abordagem Social

☐ Outros

☐ não há dificuldade de articular o acesso

O município já realizou censo da População em Situação de Rua?

☐ sim

☐ não

☐ desconheço

Se sim, quantas pessoas estão em situação de rua na cidade em que atua? _____

3 . Sobre a atuação do Serviço Social

Quais são as principais demandas apresentadas ao Serviço Social pela PSR

- ☐ () Acesso aos serviços de acolhimento institucional
- ☐ () Acesso a outros serviços e atendimentos na área da saúde
- ☐ () Retorno ao município de origem
- ☐ () Contato com familiares e rede de apoio
- ☐ () Documentação
- ☐ () Cadastramento Único/Benefícios de Transferência de Renda
- ☐ () Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS)
- ☐ () Auxílio Aluguel/ Moradia Primeiro/ Política de Habitação
- ☐ () Acesso à justiça/ Direitos Humanos/ Processos judiciais
- ☐ () Internação para o tratamento da dependência química
- ☐ () Denúncia de violência institucional
- ☐ () Denúncia de violência policial
- ☐ () Denúncia de roubo de pertences
- ☐ () Orientação e apoio para inserção no mercado de trabalho
- ☐ () Pedido de alimentos/ fome/ insegurança alimentar
- ☐ () Questões relacionadas à infância
- ☐ () Questões relacionadas à adolescência
- ☐ () Gestar e maternar na rua

Sobre casos de maior complexidade, você atende ou já atendeu:

- ☐ () Pessoas idosas
- ☐ () Crianças
- ☐ () Adolescentes
- ☐ () Pessoas com Deficiência
- ☐ () Mulheres grávidas
- ☐ () Pessoas com transtornos mentais graves
- ☐ () Outros, quais: _____

No Consultório na Rua, você já foi chamada a:

- ☐ () Trabalhar fora do horário de trabalho?
- ☐ () Assinar documentos de internação como responsável por um/uma usuário/a?
- ☐ () Entregar cesta básica?
- ☐ () Participar de ações higienistas?
- ☐ () Intervir em captura para internação compulsória?
- ☐ () Desempenhar funções de outros profissionais?

Você é ou já foi coordenadora do Consultório na Rua?

- ☐ () sim
- ☐ () não

Você conhece os Movimentos Sociais da População em Situação de Rua?

- ☐ () sim
- ☐ () não

No município em que você atua, há movimento organizado da PSR?

- ☐ () sim
- ☐ () não

Você já atuou no apoio aos Movimentos Sociais da PSR?

- ☐ () sim
- ☐ () não

Foi elaborado um Plano de Trabalho do Serviço Social para o Consultório na Rua em que atua?

- ☐ () sim
- ☐ () não

Acerca da competência técnico-operativa, quais são os Instrumentais utilizados

- ☐ () Encaminhamento
- ☐ () Acolhimento

- ☐ Entrevista
- ☐ Visita
- ☐ Acompanhamento
- ☐ Atendimento
- ☐ Trabalho em grupo
- ☐ Estudos, relatórios, laudos, pareceres
- ☐ Mobilização da comunidade
- ☐ Arte educação
- ☐ Contato telefônico
- ☐ outros

Você elaborou um instrumental para a coleta de dados, estudo ou entrevista social, específico para o trabalho junto à PSR?

- ☐ sim
- ☐ não

Se sim, incluiu o quesito raça/cor?

- ☐ sim
- ☐ não

Você recebe adicional por insalubridade?

- ☐ sim
- ☐ não

E por periculosidade?

- ☐ sim
- ☐ não

Já enfrentou ou presenciou alguma situação que representou risco físico para você?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, a situação/situações estavam relacionadas a:

- ☐ surto psiquiátrico

- ☐ questões relacionadas ao tráfico de drogas
- ☐ conflitos entre os usuários
- ☐ conflitos com policiais/guardas civis
- ☐ sofreu agressão física
- ☐ sofreu agressão verbal
- ☐ acidente de trabalho
- ☐ outros

Você já vivenciou no seu trabalho algumas das seguintes situações:

- ☐ Atendimento sem garantia de espaço sigiloso
- ☐ A necessidade de abordar questões sensíveis em espaços coletivos
- ☐ A necessidade de acionar força policial
- ☐ Interferências de outros usuários
- ☐ Interferência de outros profissionais
- ☐ Interferência da gestão
- ☐ Ações higienistas
- ☐ Internação ou outras intervenções compulsórias
- ☐ Retirada de crianças de seus responsáveis em função da situação de rua
- ☐ Retirada de bebês recém-nascidos
- ☐ Condução forçada de usuários para outros municípios
- ☐ Outros
- ☐ Não vivenciei

Você atuou no Consultório na Rua durante a Pandemia de COVID-19?

- ☐ sim
- ☐ não
- ☐ não, por motivos de saúde/doença

Se sim, qual a sua percepção sobre os principais impactos da pandemia?

- ☐ Aumento do número de pessoas em situação de rua
- ☐ Aumento do número de crianças e adolescentes em situação de rua ou trabalho infantil
- ☐ Aumento nas demandas para a política de assistência social
- ☐ Aumento do número de pessoas nas cenas de uso (crackolândias)
- ☐ Mudança no perfil da população atendida

- ☐ Situação de Rua em função de despejo
- ☐ Situação de Rua em função do desemprego
- ☐ Famílias em situação de rua
- ☐ Impacto para a população usuária no trabalho de reciclagem
- ☐ Impacto para a população usuária no trabalho de manguear (pedir doações de dinheiro, comida, etc)

Sobre as violações de direitos vivenciadas pela PSR, quais você já identificou na sua atuação?

- ☐ Situações de racismo na rua
- ☐ Racismo institucional
- ☐ Violência policial
- ☐ Violência institucional
- ☐ Acesso dificultado pelo fato de estar em situação de rua
- ☐ Acesso negado por falta de documentação
- ☐ Sequestro/ Retirada de bebês
- ☐ Intervenções Higienistas
- ☐ Intervenções Compulsórias
- ☐ Retirada/ Roubo de pertences
- ☐ outros

Na sua percepção da relação com os outros profissionais da sua equipe, a importância do seu trabalho enquanto assistente social é reconhecida?

- ☐ Totalmente reconhecida
- ☐ Parcialmente reconhecida
- ☐ Raramente é reconhecida

Você acredita que o Serviço Social no atendimento à população em situação de rua no Consultório na Rua, contribui para:

- ☐ Acesso aos serviços de saúde
- ☐ Acesso aos serviços socioassistenciais
- ☐ Acesso à justiça
- ☐ Defesa dos direitos humanos
- ☐ Dar voz às pautas da população em situação de rua

- () Enfrentamento ao racismo no contexto das ruas
- () Enfrentamento ao machismo no contexto das ruas
- () Enfrentamento ao preconceito contra a pessoa em situação de rua
- () Enfrentamento à violência institucional
- () Educação em saúde
- () Exercício da cidadania
- () Articulação política da população usuária
- () Acesso à educação
- () Redução de danos
- () Acesso ao mundo do trabalho
- () Promover a convivência familiar
- () Promover a convivência comunitária
- () Acesso à moradia
- () Apoio aos movimentos sociais
- () Outros _____

Você se identifica com o trabalho junto à população em situação de rua?

- ()sim
- ()não

Se quiser justificar esta resposta ou deixar uma breve mensagem que você acredita que irá contribuir com a pesquisa, este espaço é para você _____

**QUESTIONÁRIO DA PESQUISA DE OPINIÃO
PESQUISA TRABALHADORAS/ES DAS RUAS**

Público geral

Idade

Município/Estado

Identidade de gênero

- ☐ mulher transgênero
- ☐ mulher cisgênero
- ☐ homem transgênero
- ☐ homem cisgênero
- ☐ não binário
- ☐ Outro:

Raça/Cor/ Etnia

- ☐ Preto/a
- ☐ Pardo/a
- ☐ Branco/a
- ☐ Amarelo/a
- ☐ Indígena
- ☐ Quilombola
- ☐ Outro:

Escolaridade

- ☐ Fundamental incompleto
- ☐ Fundamental completo
- ☐ Médio incompleto
- ☐ Médio completo
- ☐ Superior incompleto
- ☐ Superior completo

- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado

Categoria participante

- ☐ Trabalhador/a da política pública
- ☐ Estudante de graduação
- ☐ Estudante de pós-graduação Usuário/a da política pública Docente
- ☐ Outro:

Se trabalhador/a qual categoria profissional?

- ☐ Assistente Social
- ☐ Psicólogo/a
- ☐ Enfermeiro/a
- ☐ Tec. Enfermagem
- ☐ Médico/a
- ☐ Terapeuta Ocupacional
- ☐ Agente Comunitário
- ☐ Agente de Redução de Danos
- ☐ Pedagogo/a
- ☐ Outro:

Percepção sobre a atenção à saúde da População em Situação de rua no seu município:

☐ No meu município existe a Estratégia Consultório na Rua e as pessoas são devidamente atendidas no serviço.

☐ No meu município não existe Estratégia de Consultório na Rua.

☐ A população é facilmente atendida por outras equipes de Atenção Primária: Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade de Saúde da Família (USF).

☐ A população é atendida, na maioria das vezes, nos serviços de Urgência e Emergência.

☐ A população tem acesso a serviços especializados de Saúde Mental (Caps).

☐ A população tem acesso às especialidades médicas.

☐ Desconheço sobre o acesso da População em situação de rua a política de Saúde no meu Município

() A população em situação de rua tem dificuldades de acessar os serviços de saúde.

A rede do seu município é composta por quais serviços da política para a população em situação de rua:

- () Serviços de Acolhimento (Abrigo Provisório, Casa de Passagem) Centro Pop
- () Serviço de Abordagem Social Consultório na Rua
- () Serviço de Acolhimento em República Moradia Primeiro
- () Desconheço a Política para a PopRua no meu município
- () Outro:

Você conhece o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR)?

- () Conheço, mas não tenho proximidade.
- () Não tenho conhecimento sobre o movimento
- () Conheço e sou participante do Movimento

Motivos te conduziram a participar do evento?

- () Sou pesquisador da temática
- () Me interesse por pensar e contribuir com a construção de políticas públicas

voltadas à População em Situação de Rua

() Desejo conhecer e me aproximar dos debates que envolvem a População em Situação de Rua

() Faço parte de movimentos sociais da População em Situação de Rua Trabalho com a PSR

- () Estou em situação de rua e/ou inserido(a) no contexto das ruas
- () Outro:

Profissional de qual Política Pública?

- () Consultório na Rua
- () CAPS
- () Outros serviços da Política de Saúde
- () Profissionais do Consultório na Rua

Modalidade do Consultório na Rua

- ☐ Modalidade 1
- ☐ Modalidade 2
- ☐ Modalidade 3

Quais categorias profissionais compõem a equipe do Consultório na Rua?

- ☐ Serviço Social
- ☐ Enfermagem
- ☐ Psicologia
- ☐ Terapia Ocupacional
- ☐ Técnico/a de Enfermagem
- ☐ Auxiliar de Enfermagem
- ☐ Médica/o
- ☐ Redutor/a de Danos
- ☐ Agente social
- ☐ Técnica/a em saúde bucal
- ☐ Motorista
- ☐ Outro:

Qual ano de Implantação da Estratégia Consultório na/de Rua

A sede do Consultório na Rua está vinculada à uma unidade de:

- ☐ Atenção básica (Unidade Básica de Saúde /Estratégia de Saúde da Família)
- ☐ Saúde Mental
- ☐ IST/AIDS
- ☐ Outro:

O Serviço possui Unidade Móvel/ Viatura própria?

- ☐ sim
- ☐ não

Quais das ações de articulação a seguir a Equipe de Consultório na Rua do município que você atua desenvolve?

() Reuniões de equipe periódicas
 () Reuniões de equipe, sem periodicidade determinada
 () Reuniões de articulação com a Rede Intersetorial Reuniões com outros serviços de saúde

- () Reuniões com gestores
 () Não são realizadas ações de articulação
 () Outro:

O município propicia o acesso da Equipe a quais atividades de qualificação?

- () Cursos de capacitação
 () Educação permanente
 () Aprimoramentos
 () Supervisão técnica especializada
 () Treinamentos
 () Não são oferecidas
 () Outro:

Ações desenvolvidas pelo município em relação ao cuidado em Saúde Mental das Trabalhadoras (es):

- () Suporte especializado para atendimento das trabalhadoras
 () Espaços de Escuta
 () Atividades coletivas de suporte e apoio mútuo entre as trabalhadoras (es).
 () Rodas de conversa com especialistas em saúde mental para promoção da saúde e prevenção de agravos.
 () Não são oferecidas ações de cuidado em Saúde Mental para as trabalhadoras (es).

Como você avalia o acesso aos insumos que o município disponibiliza para os atendimentos na rua?

- () Ótimo
 () Bom
 () Regular
 () não satisfatório

A equipe desenvolve ações de redução de danos?

- ☐ Sempre
- ☐ Quase
- ☐ Sempre
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

A equipe faz distribuição de insumos de redução de danos?

- ☐ materiais para o consumo individual de drogas
- ☐ Protetor solar
- ☐ Protetor labial
- ☐ Água
- ☐ Alimentos
- ☐ Insumos de prevenção às IST/AIDS
- ☐ Não distribuímos insumos de redução de danos
- ☐ Outro:

Atuação do Consultório na Rua no Contexto da Pandemia da Covid-19

A equipe teve acesso à quais Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)?

- ☐ luva
- ☐ máscara FaceShield
- ☐ Avental descartável Óculos de proteção
- ☐ A equipe precisou improvisar e/ou adquirir EPIs

O município implantou/implementou quais ações emergenciais para a população em situação de rua na pandemia?

- ☐ Protocolos sanitários e de atendimento específico para a População em Situação de Rua
- ☐ Serviços de Acolhimento emergencial
- ☐ Serviços para o cumprimento da quarentena para casos positivos/sintomáticos
- ☐ Ampliação do número de equipes de Consultório na Rua
- ☐ Contratação de mais profissionais para o Consultório na Rua

() Compra de insumos de proteção à COVID-19 para a População em Situação de Rua

() Ampliação de vagas em Abrigos/ Albergues/ Serviços de Acolhimento.

() Novos pontos para higiene pessoal e acesso a água potável.

() O Município não disponibilizou de protocolos específicos para o atendimento da População em Situação de Rua.

O município disponibilizou materiais para a proteção à COVID-19 para serem distribuídas para a PopRua

() máscaras luvas

() álcool em gel

() materiais de higiene pessoal

() O município não comprou/disponibilizou nenhum insumo

Ainda sobre os insumos de proteção e prevenção ao COVID-19 dispensados à PopRua, a equipe:

() Precisou complementar adquirindo e/ou confeccionando os insumos ofertados à PopRua

() Todo o insumo fornecido foi adquirido e/ou confeccionado pela equipe

() As equipes contaram com doações da sociedade civil para o fornecimento de tais insumos

Como foi realizada a Vacinação da População em Situação de Rua no seu município?

() O Consultório na Rua conseguiu realizar a vacinação in loco

() A vacinação foi realizada em uma unidade de referência específica para a PopRu

() A população em situação de rua foi público prioritário no calendário de vacinação

() A equipe de Consultório na Rua não dispôs de profissionais e insumos adequados para realizar a vacinação in loco

() Foi realizada vacinação nos Serviços de Acolhimento

() A população em situação de Rua foi vacinada de acordo com o calendário de vacinação do público geral.

No município em que atua, você identifica que a pandemia impactou no número de pessoas em situação de rua?

- ☐ Houve aumento no número de pessoas em situação de rua
- ☐ Não houve mudança perceptível
- ☐ Houve diminuição no número de pessoas em situação de rua

Quais os impactos da Pandemia para a População em Situação de Rua no seu município?

- ☐ Aumento de pessoas em situação de rua
- ☐ Trabalhadores informais ou formais passaram a utilizar a rua como espaço de sobrevivência, em decorrência do desemprego
- ☐ Percepção do aumento de crianças e adolescentes em situação de rua Acirramento das desigualdades sociais
- ☐ Famílias em situação de rua
- ☐ Aumento de idosos em situação de rua
- ☐ Não identifiquei nenhum impacto significativo

Considerando o avanço do conservadorismo, que se reflete nas relações que estabelecem com a PopRua, você identifica que houve o aumento de:

- ☐ Violência dos munícipes contra a População em situação de Rua Violência policial
- ☐ Políticas higienistas
- ☐ Internações involuntárias/compulsórias
- ☐ Arquitetura hostil/ aporofobia (instalação de grades, lanças, barreiras de acesso)
- ☐ Não identifico nenhuma mudança no tratamento dispensado à População me

Situação de Rua no meu Município

Outro:

Principais dificuldades encontradas e/ou vivenciadas no cotidiano de trabalho do Consultório na Rua

- ☐ Falta de insumos adequados para trabalhar na perspectiva de redução de danos
- Ausência de Unidade Móvel/ Viatura para os atendimentos in loco
- ☐ Equipe reduzida
- ☐ Falta de estrutura adequada para desenvolver o trabalho

- ☐ Contexto do tráfico de drogas/ criminalização do consumo de drogas
- ☐ Dificuldades de realizar encaminhamentos para outros serviços de saúde (especialidades)
- ☐ Dificuldades de estabelecer ações intersetoriais com outras políticas (Assistência Social, Educação, etc.)
- ☐ Lidar com situações de preconceitos e violência contra a população em situação de rua e a própria equipe.
- ☐ A População em Situação de Rua ter direitos negados por falta de documentação Não são identificadas dificuldades.
- ☐ Outro:

ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: atuação profissional nas equipes de Consultório na Rua**”, que irá compor a Tese de Doutorado da pesquisadora responsável. Nesta pesquisa pretendemos analisar a atuação profissional das/dos Assistentes Sociais na Estratégia de Consultório na Rua. O motivo que nos leva a estudar é o pressuposto de que as/os assistentes sociais na área da saúde, inseridas/os no espaço sócio ocupacional dos Consultórios na Rua, tem desenvolvido saberes, técnicas, métodos e estratégias para atender as contradições existentes nas demandas societárias, institucionais e na defesa dos direitos da população em situação de rua.

Para a realização desta pesquisa, adotaremos os seguintes procedimentos: pesquisa de campo junto às/aos assistentes sociais, onde será aplicado um questionário estruturado com questões de múltipla escolha, que nos permitirá levantar dados sobre os Consultórios na Rua e a atuação das/dos assistentes sociais. O universo da pesquisa será extraído das/dos profissionais de Serviço Social dos Consultórios na Rua no Brasil a partir de sua inserção na Rede Nacional de Consultórios na/de Rua. O questionário abordará questões referentes à Estratégia, à inserção da/do profissional de Serviço Social na eCR, desafios éticos do trabalho coletivo e no espaço das ruas, além das relações interprofissionais e com os movimentos sociais.

Podemos apontar como riscos para as/os participantes: a possibilidade de impactos para a subjetividade dos sujeitos, considerando a temática abordada; mesmo com o comprometimento desta pesquisadora de que a identidade das/dos participantes não será exposta, é preciso considerar o risco a partir da socialização dos dados coletados.

Como benefícios podemos destacar: os dados coletados por meio desta pesquisa poderão contribuir para o processo de qualificação da estratégia, uma vez que se trata de uma pesquisa

a nível nacional que proporcionará obter um panorama ampliado da Estratégia das equipes de Consultório na Rua; a participação dos sujeitos envolvidos poderá resultar em um ganho coletivo para a categoria profissional; as questões a serem respondidas podem servir para o processo de reflexão e qualificação da atuação profissional de cada participante.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Caso o(a) Sr.(a) venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) tem direito a receber a assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, tanto durante a pesquisa, quanto após o encerramento do estudo ou no caso de interrupção da pesquisa, além de lhe ser garantido o direito à indenização.

O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que participa da Rede Nacional de Consultórios na Rua e de Rua, e pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Caso o (a) Sr.(a) tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento ou ainda deseje retirar-se da pesquisa, por favor, entre em contato com os pesquisadores abaixo a qualquer tempo.

Pesquisadora Responsável – Elaine Teixeira Alves dos Santos. Contato: tel/whatsapp (016)98230-8336. e-mail: elaine.ta.santos@unesp.br

Orientadora – Fernanda de Oliveira Sarreta. Contato: e-mail fersarreta2009@yahoo.com.br

Também em caso de dúvida, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP - Franca. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) busca defender os interesses dos participantes de pesquisa. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP Franca

está localizado à Av. Eufrásia Monteiro Petráglio, 900, Bloco I, Administração I, Sala nº 15, CEP 14409-160 - Franca / SP. e-mail: comiteetica.franca@unesp.br. Telefone: (16) 3706.8823. Horário de atendimento: das 09h30 às 11h30 e 14h30 às 18h30 de segunda-feira a sexta-feira.

Os resultados da pesquisa serão publicizados quando for concluído o processo de investigação. **O(a) Sr(a) não será identificado em nenhuma publicação.** Este termo de consentimento apresentado eletronicamente, será analisado pelo participante, e a sua anuência se fará por meio do aceite dos termos aqui contidos.

As pesquisadoras tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Local, _____ de _____ de 20

Anexo B - Autorização para Realização da Pesquisa de Campo**CARTA DE ACEITE DA REDE NACIONAL DE CONSULTÓRIOS NA RUA E DE RUA**

REDE NACIONAL DE CONSULTÓRIOS NA RUA E DE RUA

**CARTA DE ACEITE**

Eu, Daniel Oliveira de Souza, articulador da Rede Nacional de Consultórios na Rua e de Rua, declaro que Elaine Teixeira Alves dos Santos, apresentou-me o projeto de pesquisa intitulado “ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA”, cuja coleta de dados se dará junto a este coletivo, e que estou perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo e os eventuais riscos e benefícios.

Desse modo, AUTORIZO a realização da pesquisa, que poderá ser iniciada assim que for apresentado o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Rio de Janeiro, 01 de novembro de 2023.

Daniel O. de Souza

Daniel Oliveira de Souza
Articulador da Rede Nacional de CnaR e CdeR

Anexo C - Submissão no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNESP-CAMPUS FRANCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA ATUAÇÃO DA/DO PROFISSIONAL DE SERVIÇO SOCIAL NAS EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA

Pesquisador: Elaine Teixeira Alves dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78310324.4.0000.5408

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Unesp - Campus de Franca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.783.016

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa está devidamente elaborado, apresentando todos os elementos necessários para o desenvolvimento da pesquisa, devido fundamento teórico, objetivos primário e secundário delineados e adequação metodológica. Trata-se de uma proposta de pesquisa de relevante impacto social.

Objetivo da Pesquisa:

No projeto, consta como objetivo primário a análise da atuação profissional das e dos Assistentes Sociais com a População em Situação de Rua e as especificidades nas equipes de Consultório na Rua no SUS. Além disso, como objetivos secundários, são elencados os seguintes: pesquisa do processo de implantação e implementação da estratégia nos diversos territórios do país; compreensão dos desafios, entraves, dilemas e experiências sobre o trabalho no território rua; identificação das demandas e da atuação profissional junto aos movimentos sociais da população em situação de rua; investigação dos atravessamentos da Pandemia da COVID-19 no trabalho desenvolvido no SUS com a população em situação de rua. Os objetivos estão devidamente indicados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto indica, como riscos, a possibilidade de impactos para a subjetividade dos sujeitos, considerando a temática abordada. Em relação aos dados pessoais das pessoas que

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16

Bairro: Jd. Antonio Petraglia

CEP: 14.409-160

UF: SP

Município: FRANCA

Telefone: (16)3706-8723

Fax: (16)3706-8806

E-mail: comiteetica.franca@unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNESP-CAMPUS FRANCA



Continuação do Parecer: 6.783.016

participação da pesquisa, há o comprometimento da pesquisadora da proteção destes dados. O projeto aborda tema muito atual e ligado aos direitos humanos. Trata de uma estratégia recente e em pleno processo de implementação e a pesquisa em tela busca contribuir. neste cenário, com um aporte teórico do fazer profissional, e para uma práxis desenvolvida a partir do acúmulo construído na realidade das ruas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de relevante impacto social, fundamentada em projeto e documentação adequados para a sua realização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação foram devidamente entregues.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente parecer é pela aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2241587.pdf	19/03/2024 11:38:30		Aceito
Outros	questionario.pdf	19/03/2024 11:36:31	Elaine Teixeira Alves dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	19/03/2024 10:51:21	Elaine Teixeira Alves dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	19/03/2024 10:50:42	Elaine Teixeira Alves dos Santos	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2241587.pdf	14/03/2024 22:15:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	14/03/2024 22:13:19	Elaine Teixeira Alves dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	14/03/2024 22:13:19	Elaine Teixeira Alves dos Santos	Postado

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16

Bairro: Jd. Antonio Petraglia

CEP: 14.409-160

UF: SP

Município: FRANCA

Telefone: (16)3706-8723

Fax: (16)3706-8806

E-mail: comiteetica.franca@unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNESP-CAMPUS FRANCA



Continuação do Parecer: 6.783.016

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	14/03/2024 22:11:46	Elaine Teixeira Alves dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	14/03/2024 22:11:46	Elaine Teixeira Alves dos Santos	Postado
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2241587.pdf	26/02/2024 19:56:20		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	26/02/2024 19:55:34	Elaine Teixeira Alves dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	26/02/2024 19:55:34	Elaine Teixeira Alves dos Santos	Recusad o
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	19/11/2023 10:11:11	Elaine Teixeira Alves dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	19/11/2023 10:11:11	Elaine Teixeira Alves dos Santos	Recusad o
Declaração de concordância	Carta_aceite.pdf	19/11/2023 10:03:47	Elaine Teixeira Alves dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	19/11/2023 09:59:58	Elaine Teixeira Alves dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FRANCA, 24 de Abril de 2024

Assinado por:
José Fernando Siqueira da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16

Bairro: Jd. Antonio Petraglia

CEP: 14.409-160

UF: SP

Município: FRANCA

Telefone: (16)3706-8723

Fax: (16)3706-8806

E-mail: comiteetica.franca@unesp.br