

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
ATENÇÃO AO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO

Joana Aguiar de Oliveira

**O ASSISTENTE SOCIAL RESIDENTE E O
ATENDIMENTO COM PESSOAS QUE
VIVEM EM SITUAÇÃO DE RUA: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Uberlândia

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
ATENÇÃO AO PACIENTE EM ESTADO CRÍTICO

Joana Aguiar de Oliveira

**O ASSISTENTE SOCIAL RESIDENTE E O
ATENDIMENTO COM PESSOAS QUE VIVEM EM
SITUAÇÃO DE RUA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (uni e multiprofissional) da área de concentração Atenção ao Paciente em Estado Crítico – da Universidade Federal de Uberlândia. Como exigência parcial, para obtenção de título de especialista em Serviço Social. Sob a orientação do Prof. Dr. Flander de Almeida Calixto.

Uberlândia

2024

Sumário

1	INTRODUÇÃO	7
2	SERVIÇO SOCIAL E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/HC UFU-EBSERH	8
3	A DINÂMICA DE ATENDIMENTO NO PRONTO SOCORRO: EXPERIÊNCIAS DA RESIDENTE	11
4	O ASSISTENTE SOCIAL, A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O PRONTO SOCORRO	14
5	OS DESAFIOS DO ASSISTENTE SOCIAL NOS ATENDIMENTOS DO PRONTO SOCORRO	16
6	REFLEXÕES SOBRE A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA A POPULAÇÃO QUE VIVE EM SITUAÇÃO DE RUA	20
7	PONDERAÇÕES ACERCA DA POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	22
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
	REFERÊNCIAS	26



ATA

Às 15:00 horas do dia 29 de fevereiro de 2024, por videoconferência, reuniu-se em sessão pública, a Banca Examinadora de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) intitulado como **“O ASSISTENTE SOCIAL E O ATENDIMENTO COM PESSOAS QUE VIVEM EM SITUAÇÃO DE RUA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA”**, de autoria do(a) residente **Joana Aguiar de Oliveira**. A Banca examinadora foi composta por: Prof. Dr. Flander Almeida Calixto - Universidade Federal de Uberlândia - orientador(a) e presidente da banca, Me. Antônio Carlos Vieira da Mota e Me. Cláudio Edmar Moreira - membros titulares. Dando início aos trabalhos, o(a) presidente concedeu a palavra ao(a) residente para exposição de seu trabalho por 15 minutos, e até 5 minutos de acréscimo. A seguir, o(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) residente por, no máximo, 10 minutos cada, tendo sido assegurado a eles igual tempo para resposta. Terminada a arguição que se desenvolveu dentro dos termos regulamentares, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado, considerando o(a) residente: **APROVADO(A)**

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista conforme § 2º do Art. 3º da Resolução nº 5/2014, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

O Certificado de Conclusão de Residência será expedido após o cumprimento dos demais requisitos, conforme a legislação vigente da CNRMS que trata do assunto e das normas do PRAPS-FAMED-UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que, após lida e considerada em conformidade, foi assinada pela Banca Examinadora.

Prof. Dr. Flander Almeida Calixto - Universidade Federal de Uberlândia

Me. Antônio Carlos Vieira da Mota - Unidade Saúde Mental

Me. Cláudio Edmar Moreira - Unidade Saúde mental



Documento assinado eletronicamente por **Cláudio Edmar Moreira, Assistente Social**, em 29/02/2024, às 16:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Flander de Almeida Calixto, Professor(a) do Magistério Superior**, em 29/02/2024, às 16:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antonio Carlos Vieira da Mota, Assistente Social**, em 01/03/2024, às 08:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5110090** e o código CRC **F8902A85**.

Referência: Processo nº 23117.003710/2024-65

SEI nº 5110090

Resumo

O presente trabalho expõe o processo de observação, investigação e intervenção desta Assistente Social, enquanto residente multiprofissional do Programa de Atenção ao Paciente em Estado Crítico no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, enquanto prestava serviço no Pronto Socorro, no período de dezembro de 2022 a janeiro de 2023. Descreve a dinâmica de trabalho dos Assistentes Sociais que atuam no Pronto Socorro, bem como as articulações necessárias com os serviços das políticas públicas e sociais na perspectiva da garantia de direitos das Pessoas que Vivem em Situação de Rua. Para a realização deste trabalho busco estabelecer relação com a realidade, onde utilizo como ponto de partida as experiências vivenciadas. Descreve-se a intervenção profissional em que participam os Assistentes Sociais inseridos no Pronto Socorro; Mostro as estratégias articuladas para garantir a efetivação dos direitos das Pessoas que Vivem em Situação de Rua; Apresento os desafios que estes profissionais encontram em seu dia a dia no que se refere a complexidade, diversidade e agilidade com que as respostas devem ser dadas tanto para a pessoa que se encontra vivendo em situação de rua, quanto ao restante da equipe. Por fim, exponho a importância do atendimento do Serviço Social dando ênfase para as políticas de saúde e assistência social.

Palavras-chave: Serviço Social. População em Situação de Rua. Saúde. Assistência Social. Residência Multiprofissional.

Abstract

The present work exposes the process of observation, investigation and intervention of this Social Worker, as a multidisciplinary resident of the Critical Care Patient Care Program at the Hospital de Clínicas of the Federal University of Uberlândia, while providing service in the Emergency Room, in the period of December 2022 to January 2023. Describes the work dynamics of Social Workers who work in the Emergency Room, as well as the necessary articulations with public and social policy services from the perspective of guaranteeing the rights of People Living on the Street. To carry out this work, I seek to establish a relationship with reality, where I use lived experiences as a starting point. The professional intervention in which Social Workers involved in the Emergency Room participate is described; I show the strategies articulated to guarantee the realization of the rights of People Living on the Street; I present the challenges that these professionals encounter in their daily lives regarding the complexity, diversity and agility with which responses must be given both to the person living on the streets and to the rest of the team. Finally, I explain the importance of Social Service assistance, emphasizing health and social assistance policies.

Palavras-chave: Social Worker, Homeless Population, Health, Social Assistance, Multi-professional Residency.

1 Introdução

O presente trabalho é resultado da jornada de 24 meses da Assistente Social, autora e residente inserida na equipe multiprofissional da área de Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC), compondo o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – HC-UFU. Instituída pelo Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), por meio da Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005.

Este artigo se baseou na experiência adquirida na

Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde e definida como modalidade de ensino em pós-graduação lato sensu, voltada às categorias profissionais que compõe a área de saúde, excetuada a médica (Brasil, 2005)

com foco principal na educação em serviço.

Para o recorte na área de concentração, o Programa de Atenção ao Paciente em Estado Crítico propõe que:

A assistência será prestada a pacientes atendidos por diferentes especialidades, realizados prioritariamente no Pronto Socorro, nas Enfermarias e nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, para tratamento clínico ou cirúrgico. A atuação nestes campos deverá aprimorar as habilidades técnico-científicas para execução de procedimentos, minimizar sentimentos de ansiedade e os riscos inerentes à internação, proporcionando assistência humanizada e de forma multiprofissional, visando à integralidade e possibilitando a implementação de intervenções que atendam às reais necessidades do usuário do serviço. (FAMED-UFU, 2019).

O Programa possui uma carga horária composta por 60 horas semanais e dedicação exclusiva, totalizando uma carga horária total de 5760 horas. Sendo que, 80% é referente a carga horária prática, ou seja, 4608 horas. Os outros 20% são referentes a carga horária teórica e teórico-prática, isto é, 1152 horas (FAMED-UFU, 2019).

O artigo se propõe expor, analisar e avaliar as percepções da Assistente Social nos atendimentos realizados durante a residência e mostrar de forma sucinta as experiências vivenciadas enquanto profissional, durante a jornada de formação em serviço no Pronto Socorro, juntamente com os desafios encontrados para garantir a efetivação dos direitos de Pessoas que Vivem em Situação de Rua, dentro de um hospital de referência regional como o HC – UFU.

Com base no período temporal de referência, das observações e atendimentos, pretendeu-se apresentar o trabalho profissional considerando o paradigma de um olhar

integral sobre o paciente, na tentativa de compreender as demandas de forma ampla, de modo a atuar desde o início do acolhimento em todo o processo, até o momento da alta hospitalar após a alta social. Todo o trabalho realizado pela residente foi elaborado escorado na Lei de Regulamentação da Profissão e os princípios do Código de Ética Profissional.

É metodologia da residência multiprofissional que o Assistente Social não trabalhe isolado, todas as decisões são tomadas em conjunto com a equipe multiprofissional. "Por sua vez, Programas de Residência Multiprofissional serão compostos por, pelo menos, três profissões de saúde"(SAÚDE, 2022).

A base bibliográfica acompanhou os livros de referência na saúde, documentos eletrônicos e o diário de campo. Os descritores utilizados nas fontes secundárias foram: Serviço Social. População em Situação de Rua. Saúde. Assistência Social. Residência Multiprofissional.

2 Serviço Social e Residência Multiprofissional no Hospital Universitário/HC UFU-Ebserh

O trabalho do Assistente Social inserido no HC UFU – EBSEH é marcado por grandes desafios, iniciando pelo contexto político e econômico em que a instituição se encontra inserida. No ano de 2018, o HC UFU aderiu a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, esta pautada na lógica neoliberal, onde propõe a execução das atividades baseadas na lógica empresarial.

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da Previdência pública, sucateamento da saúde e educação (BRAVO et al., 2006, p. 14).

Nesse contexto em que o Serviço Social está inserido e vem sofrendo diretamente seus rebatimentos. Na atual situação é perceptível o número reduzido de Assistentes Sociais preceptores. A falta de profissionais reflete negativamente não só nos programas de residência, mas, principalmente, na qualidade e oferta dos serviços prestados para os usuários. Em especial, no município de Uberlândia em que a rede municipal, contrariando

orientações do SUS, fechou as portas para a residência multiprofissional. Nesse sentido o trabalho dos residentes no âmbito da saúde coletiva e a relação com a rede teve que se deslocar para municípios vizinhos, como: Capinópolis, Monte Carmelo e Coromandel.

O número insuficiente de Assistentes Sociais diante da grande demanda da população, ocasiona uma sobrecarga de trabalho dos que então atuando, e também um prejuízo nos atendimentos. Na experiência da residência o preceptor muitas vezes, precisa atender em duas, três ou mais enfermarias diferentes e ainda orientar o residente. No período da manhã é quando se tem mais preceptores disponíveis, ficando assim o período da tarde com atendimento intensificado.

Outro desafio para o Serviço Social é em relação as demandas institucionais que se apresentam, além daquelas relativas às orientações referentes a benefícios previstos pela política de assistência social ou previdenciários, acompanhamento dos usuários em atendimentos e de seus familiares, pois, vem até o Serviço Social aquelas que não se configuram como atribuições do Assistente Social. Essas requisições institucionais muitas vezes, se contrapõem ao disposto no Código de Ética Profissional, tais como, intervir no setor de regulação de leitos, garantir que os pacientes de alta desocupem os leitos, membros da equipe tentam nos responsabilizar por transferências de um hospital para o outro, conseguir vagas para hemodiálise, entre várias outras questões que tentam “passar” para o Serviço Social, sendo estas atribuições de outros profissionais. Percebe-se uma pseudoresponsabilização fetichizada pela aparência de uma suposta super competência atribuída, mas profissionalmente, não devida.

A rotatividade intensa da população atendida reflete a rotina do Pronto Socorro, isto é, o Assistente Social desenvolve seu trabalho sob pressão, encontra dificuldades para fazer o acompanhamento dos atendimentos se deparando com o prejuízo na criação de vínculos. Todavia essa é uma limitação própria das condições objetivas de trabalho.

Observa-se no que diz respeito a residência multiprofissional, médica e uniprofissional, que elas vem somar para o quadro de profissionais da instituição, o que permite uma cobertura maior do serviço, algo que seria impensável apenas com o número de profissionais que atualmente compõem o quadro do HC-UFU, considerando que grande parte dos profissionais que saíram não foram repostos. Em relação as vagas do Serviço Social, no período de implantação dos anos 1970 vem periodicamente sendo transferidas do setor ou extintas. Isso provoca uma redução drástica na equipe sobrecarregando os que permanecem ativos e refletindo na precarização do serviço. A residência, enquanto formação em serviço, não deve existir como forma de substituir mão-de-obra. A realidade vivenciada na instituição, também sobrecarrega os residentes que atuam nas rotinas profissionais das enfermarias. Mesmo assim, somando o trabalho dos Assistentes Sociais contratados pelo hospital, mais o trabalho dos residentes, ainda assim, a situação de instabilidade se faz presente.

A residência multiprofissional é uma modalidade de pós-graduação teórico-prática extremamente rica, uma vez que 80% das suas atividades estão direcionadas ao exercício profissional. Portanto, nesse espaço, o residente pode experimentar e vivenciar questões que contribuem, de forma única para seu aprendizado. O objetivo dos programas de residência é formar profissionais a partir dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que é, historicamente, um grande empregador de Assistentes Sociais. Dessa forma, a residência contribui para o amadurecimento profissional. Torna assim uma experiência muito diferenciada, pois em sua proposta original, conta com preceptores para orientar e supervisionar os residentes. Mas por outro lado, os residentes também possuem uma margem de autonomia para realizar encaminhamentos, orientações, atendimentos e outras atividades, de forma a criar sua identidade profissional. A residência no ambiente hospitalar, pressupõe diálogo constante entre preceptores e residentes, trocas de experiências, discussão de casos, e essa vivência trouxe uma conformação diferenciada ao Serviço Social da instituição, bem como, proporciona um “treinamento” para a vida profissional e para a atuação na política de saúde, que é impensável em outros espaços.

Ressalta-se que foi possível vivenciar na área de concentração do Paciente em Estado Crítico um esforço da coordenação com os residentes para promover uma formação articulada interdisciplinarmente. Todavia nem todas as profissões estão sintonizadas com essa política do SUS e ainda carregam práticas conservadoras ao externalizar atitudes individualistas, que arrogam uma pseudo superioridade na divisão sociotécnica do trabalho, entre os atores que atuam na saúde.

O papel do Assistente Social na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde deve seguir a direção do compromisso com o fortalecimento da saúde, como um direito social e dever do Estado, e diante disso, a partir da relação teórico-prática proposta pelos programas de residência multiprofissional, o residente em Serviço Social assume também o compromisso pela busca do protagonismo dos usuários da saúde (RIBEIRO et al., 2020).

É preciso que as Residências em Saúde enquanto espaço que envolve diferentes áreas do conhecimento, atuem no sentido de romper com a perspectiva de modelo hegemônico na saúde, que coloca em pauta uma visão fragmentada e individualista, sem levar em conta o contexto de singularidades e particularidades dos sujeitos coletivos. O profissional do Serviço Social no contexto da residência multiprofissional deve somar forças com as outras categorias no sentido de questionar e resistir aos ataques à saúde, que traz prejuízos não apenas aos profissionais, mas para todo o conjunto de trabalhadores. Isso também significa que ainda necessita de muita luta em seu favor, uma vez que o SUS tem sido consolidado como espaço destinado aos que não tem acesso aos subsistemas

privados"(BRAVO et al., 2004).

3 A dinâmica de atendimento no Pronto Socorro: experiências da residente

Ressalta-se a importância de esclarecer que o tema “População que Vive em Situação de Rua” fez parte das reflexões desde a graduação (2018 – 2021), quando após estagiar em uma comunidade terapêutica, que recebe Pessoas que Vivem em Situação de Rua me arrebatei pelo tema, e então, escrevi o TCC¹, sobre essa população.

Durante o período da residência multiprofissional em Atendimento ao Paciente em Estado Crítico (APEC) foram várias experiências nos atendimentos, com os mais variados tipos de públicos, nas diversas enfermarias, UTI's e Pronto Socorro conforme a escala onde os residentes foram lotados em número de cinco profissionais, mas neste relato, optou-se por relatar as experiências no Pronto Socorro no período de dezembro de 2022 a janeiro de 2023. Sabe-se que o HC UFU é referência para atendimentos de média e alta complexidade tanto para Uberlândia quanto para municípios do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, sendo o Pronto Socorro um serviço de emergência que funciona 24 horas, o que o qualifica como uma porta de entrada, inclusive para Pessoas que Vivem em Situação de Rua.

Importante contextualizar a dinâmica do Pronto Socorro, em que o serviço é dividido em unidades, sendo elas: Clínica Cirurgia, Traumatologia, Sala de Emergência, Sala Vermelha, AVC, Ginecologia e Obstetrícia, Pronto Socorro Pediátrico e Pronto Socorro Corredor. O quadro funcional do Serviço Social é composto por quatro profissionais, duas no período da manhã, duas no período da tarde, em turnos de 6 horas cada, mais o/a residente se tiver e o plantonista noturno, estes ficam responsáveis por atender todas estas unidades. Outro quesito importante a ressaltar é que nas enfermarias e UTI's (Cirúrgica I, Cirúrgica II, Clínica Médica, UTI Adulto, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e UTI Coronariana) o acolhimento é feito diariamente, pois, a rotatividade dos pacientes é menor. Porém, no Pronto Socorro isso não ocorre, pois, são muitos pacientes e a rotatividade é muito grande, por isso, os atendimentos sociais ocorrem através de demandas espontâneas vindas da equipe multi (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros), ou seja, atendemos o que vem até o Serviço Social, podendo sermos acionados pelos profissionais que ali estão em atendimento e/ou pelo próprio paciente e seus familiares.

¹ O termo “TCC” se refere ao trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de graduação.

Logo, quando a equipe multi suspeita que há a possibilidade daquele paciente admitido no Pronto Socorro, estar vivendo em situação de rua, o Serviço Social é acionado, e, prontamente, nos deslocamos ao leito do paciente, para realizar o atendimento social. Se o paciente estiver consciente, fica mais fácil para fazer o acolhimento e coletar as informações necessárias, e se for da vontade do cidadão, faremos contato com sua família, amigos ou conhecidos, conforme sua escolha, para informá-los de sua internação e verificar a possibilidade de alguém vir acompanhá-lo. Se o paciente estiver inconsciente iniciamos um trabalho de busca para identificar aquela pessoa através do Sistema Integrado de Atendimento a Trauma e Emergência (SIATE), Unidade de Atendimento Integrado (UAI's), Postos de Saúde, Centro Pop ², Consultório na Rua e Organizações da Sociedade Civil (OSC's), na tentativa de fazer contato com alguém que o conheça e que possa ser referência durante o seu período de internação. Temos o costume de dizer entre nós profissionais que a alta hospitalar se inicia desde o momento da admissão do paciente.

Dentre os vários atendimentos que tive a oportunidade de acompanhar percebeu-se que inúmeros são os motivos que levam uma pessoa a viver em situação de rua, mas, enquanto profissional na área da saúde, existiram alguns desses motivos que sempre chamaram a atenção, principalmente pelo fato dos discursos se repetirem, estão entre os mais presentes: o alcoolismo, a drogadição, rompimento dos vínculos familiares, violência física, psicológica e sexual.

Fatores estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e institucionais de forte impacto social etc.), fatores biográficos (alcoolismo, drogadição, rompimentos dos vínculos familiares, doenças mentais, perda de todos os bens, etc.), além de desastres de massa e/ou naturais (enchentes, incêndios, terremoto, etc.). [...] está claro que se trata de um fenômeno multifacetado que não pode ser explicado desde uma perspectiva unívoca e monocausal. São múltiplas as causas de se ir para a rua, assim como são múltiplas as realidades da população em situação de rua (FEDERAL, 2008, p. 3).

Neste trabalho, quando da abordagem, conversando com o paciente ou até mesmo com seu acompanhante, buscou-se entender a demanda daquele usuário, identificou-se que estes fatores causais (alcoolismo, drogadição, rompimento dos vínculos familiares e a violência em suas várias formas) podem ser acometidos de formas isoladas ou juntos a uma única pessoa, e não necessariamente acontecem em um mesmo período de tempo.

Em relação ao pouco espaço para construção de vínculos familiares no trabalho em que se realiza no Pronto Socorro, ouve-se desta população que muitas das vezes, o processo da decisão de ir morar na rua se inicia pelas violências que eles sofrem em suas várias manifestações (psicológica, física, sexual, entre outras) e que o indivíduo, se vendo naquela situação de agressões recorrentes e se sentindo impotente perante o

² Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Que se encontra no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social.

agressor, precipita-se nas drogas e no álcool, uma espécie de fuga da sua realidade, pelo fato de que para o indivíduo, infelizmente, aquele ciclo parece nunca ter fim. E sim, sabemos que o fim desse ciclo é possível, mas isso requer uma abordagem multifacetada e coordenada, envolvendo ações de diversos setores, incluindo governos, instituições de saúde, comunidades, organizações não governamentais e o próprio indivíduo, portanto, existem sim as exceções.

Por fim a saída de casa para a rua, por longo ou curto prazo, ou até para nunca mais voltar, passa a ser sua única opção, na esperança de fugir dos sofrimentos vividos. Se formos analisar a situação de rua, em suas várias dimensões, podemos com certeza, associá-la a diversas expressões da questão social.

Observou-se no atendimento dessa população nos serviços do hospital o fato de que, muitas vezes, este usuário vai recusar o atendimento, pois a vida da forma que ele a organizou, é a melhor forma que conseguiu para que fosse aceitável para ele. Por isso, os Assistentes Sociais enquanto profissionais que buscam a garantia da efetivação dos direitos da população, devem conhecer as políticas públicas que nos guiam e enquanto profissionais da área da saúde. E, diante deste tipo de atendimento saber dos preceitos da “Política Nacional para a População em Situação de Rua” que é um marco importante no reconhecimento dos direitos e na promoção da dignidade das Pessoas que Vivem em Situação de Rua. Porém, por mais que articulamos e acompanhamos este usuário durante todo o período de internação, muitas vezes, o que o paciente almeja é somente voltar para a rua, mesmo havendo a opção de atendimentos, OSCs que visam o atendimento direto ao/à usuário/a, grupos e famílias, trabalhando o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários ou buscando alguma alternativa de renda para este indivíduo, a fim de encaminhar uma desospitalização com menor prejuízo ao cidadão e de forma adequada, ou a família concordar com o retorno para casa. O que muitas vezes, ao fim do processo, esse usuário deseja é retornar para sua rotina na rua e nos resta respeitar a autonomia deste paciente. Acima de qualquer coisa a opinião e decisão do usuário são determinantes.

A situação de rua tem complexidades de diversas ordens, e existem várias especificidades, ou seja, o fenômeno ultrapassa a condição de uma pessoa que se encontra morando nas ruas. As pessoas são diferentes umas das outras, cada uma possui sua história, a sua realidade pode ser muito diferente dos demais. O que pode ter uma finalidade para uma vida, pode não ter em outra realidade. Cada ser humano tem suas singularidades e não cabe a nenhum de nós julgar as escolhas do outro. Principalmente, dentro de um hospital estes pacientes devem ter respeitadas a sua liberdade de escolha, bem como suas decisões sobre seu corpo e sua vida. Desse modo, o Serviço Social pode muito contribuir com “o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação social de grupos socialmente discriminados e à discussão das

diferenças” (SOCIAL, 2009).

4 O Assistente Social, a equipe multiprofissional e o Pronto Socorro

Os atendimentos do Assistente Social com essa população são complexos, por esse motivo pode-se reconhecer a importância do trabalho profissional em relação as Pessoas que Vivem em Situação de Rua, atendidas no Pronto Socorro. Importa que neste momento o cidadão vive em uma situação de extrema fragilidade, com sua saúde muitas vezes, em estado crítico, porém, algo que debatemos bastante em reuniões, congressos e seminários na área da saúde é o fato da equipe ver o paciente muito além da doença. Existem determinantes sociais envolvidas e uma vida fora do hospital, que possui a rotina desta pessoa, como a família, o trabalho, amigos, entre seus muitos contextos sociais. Exatamente essas situações são muito trabalhadas ao longo da residência.

Dessa forma, o trabalho do Assistente Social aparece bem definido através do “[...] desenvolvimento de programas e serviços sociais que cubram, reduzam ou previnam exclusões, riscos e vulnerabilidades sociais, bem como atendam às necessidades [...] de seus usuários, visando garantir o seu acesso a direitos sociais [...]” (MDS, 2016).

O processo de atendimento se iniciará com o acolhimento do indivíduo e/ou de seu acompanhante, seguindo de importantes instrumentos usados nesses atendimentos, especialmente, o atendimento institucional por meio da escuta qualificada e a observação. Percebe-se que nem mesmo o próprio usuário tem bem clara sua necessidade, não por ignorá-la, mas naquele momento o único desejo almejado é a solução imediata, ficar bem, não sentir mais dor, se curar e receber alta, é neste momento que a/o Assistente Social, vai agir com profissionalismo e empatia. Vai então tentar construir com aquele paciente, a estruturação do vínculo possível. Buscará adentrar um pouco na sua história, entender a sua vivência, sua rotina, para iniciar um plano de ação. Toda e qualquer abordagem tem caráter reservado, ao surgir durante o atendimento social e ficará entre o Assistente Social e o usuário. O sigilo profissional é garantido pelo Código de Ética. “ Quando se tratar de um determinado caso onde estejam envolvidas outras redes multiprofissionais, as informações só serão prestadas dentro dos limites estritamente necessários”(SOCIAL, 2011).

Destaca-se que a preeminência instrumental do trabalho de acolhimento, na tentativa de criar o vínculo com o paciente, acontece aos poucos, alguns são bastante relutantes

ao nosso atendimento, é um trabalho feito minuciosamente e muitas vezes, seu processo é lento. Pode ocorrer que na primeira abordagem esse usuário não queira comunicar-se, mas é importante se colocar à disposição e estar sempre atento a possibilidade de interação, criando um acolhimento interventivo que qualifique a intervenção. Este processo inclui o familiar ou amigo que estiver acompanhando o paciente, pois muitas informações importantes são repassadas por quem está acompanhando a internação.

No momento que conseguimos firmar esse vínculo se iniciam os levantamentos que compõem os dados de prontuário obrigatório conforme protocolo da instituição. Nesse sentido, é necessário saber dados de origem, de onde é natural? Se possui uma moradia? Sobre a família ou amigos próximos? Se exerce alguma atividade laboral? Recebe algum benefício? É acompanhado por algum órgão público? Possui documentos? Utiliza alguma rede de atendimento na saúde pública? Se há alguma pendência com a lei? Entre várias outras indagações que aparecerão durante a entrevista, pois, por fim, uma questão vai puxando a outra. É justamente com base nestes questionamentos iniciais que o Assistente Social irá atuar.

É ofertado ao HC - UFU recursos da comunidade, através da rede de apoio, propiciando a acompanhantes que residem em outros municípios a possibilidade de hospedagem em casa de apoio durante todo o período de internação do paciente. Nestes suportes da rede, geralmente são OSC's, em que o acompanhante pode se alimentar, repousar, fazer a higiene pessoal, sem custos para o próprio orçamento, o que de certa forma coopera para a vinda dos familiares de outras cidades para permanecerem acompanhando o período da internação.

Se este usuário já se encontra inserido em alguma instituição de acolhimento, o procedimento de repassar todas as informações necessárias ainda é o mesmo, para que assim o usuário possa expor suas demandas e receber as devidas informações.

Para que a intervenção se torne qualificada o profissional deve desenvolver um olhar crítico e minucioso, pois decorre que nem o próprio cidadão algumas vezes, possui os conhecimentos detalhados dos direitos e políticas públicas ofertadas a ele. Torna-se importante escutá-lo em suas expectativas e anseios respeitando suas escolhas e ao mesmo tempo repassar as informações sobre as políticas públicas que podem melhor atendê-lo. Pode ocorrer que o paciente esteja impossibilitado de receber as orientações, por vários motivos, como estar realizando exames médicos na hora da abordagem ou estar no centro cirúrgico, estar em sedação, estar recebendo atendimento de outros profissionais, estar sob uso de alguma medicação forte ou simplesmente, se recusar a receber o atendimento do Assistente Social. Independente destes vários fatores, estas informações podem e devem ser repassadas a quem o estiver acompanhando.

É importante que o Assistente Social que trabalhe diretamente com este público busque se capacitar através de atualizações bibliográficas, posto que a legislação está

sempre mudando, participar de eventos científicos dessa temática, conferências, artigos, documentos sobre o tema, pois um profissional que desconhece as reais necessidades de quem vive em situação de rua poderá limitar seus esforços ao simples assistencialismo.

Com as devidas informações repassadas ao usuário ou seu acompanhante e o usuário estar consciente e orientado, chega o momento que a equipe médica irá anunciar que a alta hospitalar está próxima, o paciente ou quem estiver o acompanhando receberá os encaminhamentos necessários a rede sócio assistencial (Postos de Saúde, CAPS, Unidade de Atendimento Integral, Centro Pop, Prefeitura Municipal, CRAS, entre outros) e também as demais políticas públicas intersetoriais e orientações sobre os órgãos judiciários de garantia de direitos, que fazem parte da política pública para esta população.

O acolhimento social se dá durante todo processo de atendimento, e guiará as alternativas que o Assistente Social pode chegar sobre o atendimento institucional do cidadão. Há situações que poderá, quando necessário, ser discutido com o indivíduo, a fim dele refletir sobre as suas opções e fragilidades, e, pensar junto ao Assistente Social uma alternativa para o desfecho de seu atendimento, demonstrando preocupação para encontrar o melhor caminho nas poucas opções disponíveis.

Por estes e tantos outros motivos, percebe-se a importância do Serviço Social na luta diária destes cidadãos, pois lida-se diretamente com essa expressão da questão social e toda a complexidade que virá junto. O Serviço Social atua com as mediações para garantir os direitos da população, assim como a educação, saúde, transporte, moradia, por meio das políticas sociais disponíveis no município. A atuação do Assistente Social vai além do combate à desigualdade, mas a objetivação da construção de uma sociedade mais justa e igualitária para todos, preconizado no Projeto Ético Político.

5 Os desafios do Assistente Social nos atendimentos do Pronto Socorro

Como se sabe, as mazelas vivenciadas por quem faz da rua sua morada são várias e como em todas as profissões, os desafios estão sempre exigindo do profissional dedicação, tempo e persistência. Com o Serviço Social não é diferente, algo que sempre exige um esforço maior é a questão da documentação, obviamente a pessoa não ficará sem receber atendimento pela ausência dos seus documentos pessoais, pois o SUS tem como princípios a universalização, equidade e integralidade, porém, às vezes, para que sejam atingidos a efetivação de determinados exames, o uso de medicações específicas, ou até mesmo uma

transferência hospitalar, é determinante, ter os documentos, pois, estes são obrigatórios no preenchimento dos formulários de acesso aos encaminhamentos e serviços do SUS. Mas o fato é que por conta dos que vivem em situação de rua, quase nunca ficam somente em um determinado local e estarem sempre em trânsito, mudando os locais que vivem, podem perder os documentos ou serem roubados. Nesses casos, se tiver algum familiar o acompanhando, solicitamos que providencie a documentação pessoal, quando não há essa opção, tem-se de entrar em contato com o cartório em que o indivíduo foi registrado para solicitar uma cópia da certidão de nascimento, cópia esta que não tem custo para o paciente, porém leva uma boa parte do nosso tempo no resgate desse documento, pois alguns municípios possuem vários cartórios, então temos que por meio da Internet e vários contatos telefônicos identificar o caminho de solução, aguardar que alguém nos atenda, pois as demandas desses cartórios são muitas e contar com a disposição dos funcionários. Ressalta-se que os cartórios são instituições com concessão pública para exploração do serviço e essa colaboração não foge às atribuições que eles têm. No dia-a-dia se conhece o trabalho do Assistente Social e pode-se aquilatar o quão este processo demanda esforço, tempo, reiteradas tentativas ao longo do dia de seis horas para os profissionais técnicos administrativos. Para as residentes que fazem 60 horas semanais, este trabalho fica subsumido no conjunto do leque de inúmeras outras atividades e processos de trabalho que é realizado na residência. Para a população atendida, em sua grande maioria, familiares desconhecem o processo, no entanto a sua execução nós a conhecemos e sabemos como é difícil.

Observou-se ao longo dos processos de atendimento institucional que pode ocorrer falha na comunicação entre os profissionais de todas áreas, pois em um hospital que abrange várias especialidades se lida com profissionais de todas os setores e áreas distintas. Sabe-se que o Pronto Socorro quase sempre, está com lotação máxima e quando se tem uma demanda grande dentro de uma instituição pode aumentar o risco de falhas na comunicação entre os profissionais. Cabe, porém, ressaltar que o reflexo de uma instituição que tem a sua capacidade de atendimento acima da norma de qualidade, invariavelmente, está sujeito a falhas que poderiam ser evitadas se o investimento público fosse condizente com o volume expressivo da demanda. Ocorre que a equipe pode não conseguir entender a realidade daquela pessoa que se encontra vivendo em situação de rua, incluindo suas singularidades. Pois diariamente, são tantas admissões de pacientes, que estes mesmos atendimentos podem aparentemente ser visto por pessoas leigas de modo banalizado, por se repetir internações reiteradas da mesma pessoa que retornam diuturnamente em mais internações e por fim, geram dificuldades em concretizar um trabalho efetivo para aquele cidadão. Portanto, a comunicação nessas situações é crucial. Observou-se a importância de intensificar os espaços para diálogos em todas as áreas profissionais, principalmente as que estão na linha de frente atendendo usuários que vivem em situação de rua. Desta forma realizar reuniões de equipe dentro dos próprios setores, para alinhamento das ações que serão tomadas dentro de cada profissão, é de suma importância para que todas as condutas estejam alinhadas. É nesse contexto que o exercício profissional se constitui a partir da totalidade das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, "que se autoimplicam, se explicam e se determinam entre si", nos termos (GUERRA, 2012).

Nesse sentido o manejo da linguagem torna-se a mediação instrumental para costurar a particularidade do Assistente Social (IAMAMOTO, 2022).

Durante a residência deparamos com uma das principais dificuldades encontradas no trabalho do Assistente Social com políticas públicas numa perspectiva neoliberal, em que se preconiza inversões. Onde se deveria entender investimento, passa-se a entender custo, quando se entende contratações perenes, passa-se a lógica de contratos temporários. O resultado é fácil de observar: um serviço que poderia ter uma qualidade superlativa adere a razão instrumental em que a qualidade fica subsumida a lógica dos números, ignorando a totalidade da prestação de serviços que viria no formato de cidadania. Decorre que o trabalho fica estagnado e o profissional por maior que seja o esforço, não consegue acolher de modo qualificado e humanizado as demandas sociais daquele cidadão. Para complicar o cenário do crescimento de demanda regional que o hospital tem de responder, contam-se nos registros administrativos aproximadamente 86 municípios da macro e micro regiões que demandam diariamente para o HC-UFU.

Acresce a responsabilidade do hospital uma demanda que está fora das expectativas orçamentárias as quais o hospital tem de agregar ao seu orçamento precarizado. Nem todos os municípios que encaminham pacientes para serem atendidos na alta complexidade se comprometem com o retorno desse paciente no momento da alta hospitalar. Em alguns casos os pacientes de alta ficam dias ou até semanas aguardando as condições objetivas para retorno ao município de origem. Vamos pensar na perversidade da lógica neoliberal que infunde ao hospital um sobrevalor no seu orçamento que tem como causa os processos orçamentários do Sistema Único de Saúde que não são revistos frente à crescente demanda. Fica diluída a responsabilização desse fator se é da esfera municipal ou estadual, pois o compromisso do hospital se encerraria no atendimento de saúde. Para o Serviço Social há também um sobretrabalho, pois reiterados contatos se estabelecem entre a família dos pacientes, a instituição pública de origem do paciente e/ou outra instituição que o Serviço Social é obrigado a chamar caso o Estado se mantenha na condição confortável de omissão a responsabilidade de transporte deste paciente. Para o Serviço Social que é sempre chamado nestes casos a pressão que recebe da instituição para liberar o leito se soma ao desconforto ético de estar seguidamente sem uma resposta para o paciente, que espera institucionalmente a solução para o seu retorno. Mesmo esclarecendo ao paciente que a limitação que o impede de retornar a sua casa se escora num paradigma tecnoburocrático. Mais uma vez, a razão instrumental preconizada nas políticas neoliberais tripudia sobre a garantia de direitos previstos constitucionalmente. Para os Assistentes Sociais este enfrentamento deve se dar no âmbito dos Conselhos de Saúde, responsabilidade das três esferas: municipal, estadual e federal. Mais uma vez verifica-se que o fator ausência de comunicação associado a ingerência política empobrece a qualidade dos serviços públicos.

Nos atendimentos que foram acompanhados, as Pessoas que Vivem em Situação de

Rua não possuem renda fixa, desta forma não possuem recursos para comprar a passagem e o hospital também não disponibiliza recursos, pois os cortes governamentais penalizaram muito o serviço público e em especial a área da saúde, a alternativa é encaminhar o usuário para o Centro Pop com o intuito do acesso à infraestrutura para higiene pessoal, alimentação e obtenção da passagem intermunicipal, a partir dali o Serviço Social irá articular junto ao Serviço Social da Estação Rodoviária Municipal a possibilidade de uma passagem sem custos para este cidadão. Esse processo pode ser demorado, não existe um prazo determinado para a obtenção da passagem rodoviária e este cidadão enfim retornar para casa, o que pode prejudicar ainda mais a recuperação da sua saúde, além de onerar os custos hospitalares não repostos pelo Estado, a retenção do leito hospitalar prejudica a entrada de um novo paciente que está aguardando vaga no “corredor”.

São mais que necessárias maiores intervenções em busca de resultados e ação de todos os profissionais independente do setor que trabalham, levando em consideração os aspectos envolvidos, fazer com que diálogos sejam criados entre profissionais e usuários do serviço. Diante da realidade que temos no município fica evidente, que no âmbito da política pública de saúde, há uma precariedade da estrutura que responde a essa demanda, não acolhendo estes usuários, sejam nas consultas de natureza ambulatorial, emergencial e alta complexidade.

Como os recursos para a política de assistência são limitados a implementação de serviços para a pessoa que vive em situação de rua se torna insuficiente, fazendo com que o usuário desista e, evade do serviço que poderia lhe dar uma melhora no seu quadro de saúde. Por outro lado, a alternativa materializa nas reiteradas práticas assistencialistas, como o retorno a mendicância, com o intuito de suprir suas necessidades básicas.

Em contraponto agrega-se as práticas assistencialistas que fazem suprimir o mínimo de cidadania em decorrência da ausência do Estado. O voluntariado municipal busca ajudar, doando agasalhos, comida, roupas, cobertores e etc.

Conclui-se que o Estado se omite nessa problemática e devolve para a sociedade a responsabilização que constitucionalmente lhe cabe. Mais uma vez a população que vive em situação de rua fica à margem da sociedade.

6 Reflexões sobre a Política de Assistência Social para a População que Vive em Situação de Rua

A partir da Constituição Cidadã de 1988, a Assistência Social, foi firmada como política pública com o objetivo de atender a todos que dela necessitar, configurando-se, como direito do cidadão e dever do Estado. Tal direito é ratificado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742 de 1993 e, pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), 2005.

Nesse sentido é perceptível que a Assistência Social é uma política não contributiva, ou seja, o cidadão não necessita contribuir com ela mensalmente, como por exemplo o INSS para fazer uso desse direito. É realizado através da iniciativa pública e da sociedade para garantir o atendimento às necessidades básicas. O foco da política hoje é a família.

Quando se trata de Pessoas que Vivem em Situação de Rua esta é uma política muito abordada, principalmente pelo fato de podermos trabalhar com os pacientes que estão dentro das unidades de saúde, a possibilidade de acesso ao BPC - Benefício de Prestação Continuada, um benefício da Assistência Social no Brasil, prestado pelo INSS e previsto na Lei Orgânica da Assistência Social – Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993, em seu artigo 20.

É importante entender que a condição de Pessoa que Vive em Situação de Rua não é um requisito específico para receber o BPC / Loas, o que importa é a incapacidade da pessoa em prover sua própria subsistência, devido a deficiência, idade avançada ou questões de saúde, independentemente de sua moradia. No entanto, é possível que muitas destas pessoas que fazem da rua sua morada se enquadrem nesses critérios devido a deficiências físicas, mentais, idade avançada e/ou viverem em condições de extrema pobreza, o que torna essa política, incluindo esse benefício um grande aliado do Serviço Social. Assim podemos orientar tanto o paciente quanto familiares sobre a possibilidade desta renda, pois sua concessão pode ser uma forma de fornecer apoio financeiro a pessoas que enfrentam condições de pobreza e exclusão social.

Assistentes Sociais muitas vezes, são os primeiros a identificar sinais de vulnerabilidades sociais, como falta de moradia, situações de miserabilidade, abuso de substâncias psicoativas e violência. Uma política de Assistência Social eficaz pode oferecer recursos e apoio para lidar com esses fatores de risco e assim contribuir também com resultados positivos no quesito saúde.

Por ser uma política instituída a aproximadamente 31 anos é de se pensar que é muito conhecida pela população, mas algo surpreendente no período de residência foi o fato de que muitas pessoas não têm conhecimento sobre ela e até se chocam com a possibilidade desta renda, inclusive pelo fato de não haver necessidade de uma contribuição.

Nesse quesito é importante lembrar que precisamos quebrar o tabu de que esse recurso vai para substâncias ilícitas ou álcool, não se deve generalizar, existem famílias nas ruas que precisam desses benefícios para se alimentar, sua sobrevivência depende disso.

A implementação de uma política competente de Assistência Social para a População que Vive em Situação de Rua envolve uma abordagem política e multifacetada que aborda não apenas as necessidades imediatas, mas também a falta de acesso a serviços sociais básicos.

A partir destas breves reflexões é possível perceber a dimensão da importância desta política, mas neste caso em específico voltado para População que Vive em Situação de Rua enquanto atendidos em uma unidade de saúde. A saúde de um indivíduo é influenciada por uma série de fatores sociais e econômicos. A assistência social aborda esses determinantes sociais da saúde, garantindo que os profissionais de saúde considerem não apenas as necessidades médicas imediatas, mas também as condições sociais e econômicas que afetam a saúde de seus pacientes.

Mas como no caso de todas as políticas

é importantíssimo que haja avaliação e monitoramento constante por parte dos gestores públicos e da sociedade civil. Só assim é possível observar se a política em questão conseguiu ser eficiente, eficaz e efetiva em relação ao problema identificado. (DINIZ, 2019)

A política de Assistência Social é fundamental para profissionais da área da saúde porque estabelece a intersetorialidade ao abordar os determinantes sociais da saúde, identificar e lidar com fatores de risco, fornece acesso a serviços sociais, promove o trabalho em equipe interdisciplinar e promove a equidade em saúde.

7 Ponderações acerca da Política Nacional para a População em Situação de Rua

A Política Nacional para a População em Situação de Rua é um conjunto de diretrizes e ações governamentais destinadas a proteger e promover os direitos humanos e a cidadania dessa população vulnerável. No Brasil, essa política foi instituída em 2009, por meio do Decreto nº 7.053, com o objetivo de garantir o acesso a serviços públicos e promover a inclusão social dessas pessoas.

Esta é a política mais importante que temos atualmente voltada exclusivamente para Pessoas que Vivem em Situação de Rua, política esta crucial para os Assistentes Sociais, pois fornece diretrizes e estratégias para lidar com as complexas necessidades desse público, com demandas sociais tão suscetíveis.

Mesmo sendo uma política que aborda todos os quesitos da vida desses indivíduos, como: assistência, saúde, moradia, emprego, renda, educação, cultura, lazer e etc, ainda assim entre os atendimentos realizados percebe-se que os próprios usuários têm pouquíssimo conhecimento sobre a mesma, inclusive outros profissionais de outras áreas. No período de residência em interlocução com outros profissionais da saúde, demonstrou desconhecerem a existência destas informações, algo que se revelou curioso, pois estes pacientes que vivem em situação de extrema vulnerabilidade são recorrentes no hospital.

A política nacional promove a integração de serviços de saúde e assistência social, mas talvez também fosse o momento de profissionais de saúde serem incentivados a trabalhar em colaboração com as políticas públicas e sociais, buscando um conhecimento maior sobre as mesmas, garantindo assim uma abordagem abrangente e coordenada.

No contexto do neoliberalismo, em que o discurso do "próprio esforço"predomina, é preciso refletir sobre as oportunidades e privilégios que são para alguns, enquanto outra parte da população vive ainda o descaso do poder público, sem acesso a direitos básicos. Algo que se formos refletir é tão contraditório, pois existe uma política única e exclusivamente voltada para este público, na teoria estas pessoas deveriam ser assistidas integralmente em todos os âmbitos das suas necessidades.

Além de tudo o que foi falado, a Política Nacional garante a atenção integral à saúde, que é um dos pontos mais cruciais e delicados de debater, é importante a adequação dos serviços e ações existentes, colocando em prática os princípios de equidade e universalização do SUS, assegurando o fortalecimento de ações de promoção à saúde e atenção básica.

O âmbito da saúde que deveria ser um de maior preparo para receber este público

muitas das vezes se torna um dos mais falhos, muitos profissionais ainda possuem falta de preparo e isso fica evidente quando precisam articular determinadas situações, ocorrendo muitas vezes de não conseguirem lidar com a complexidade deste tema, preferindo encerrar com rapidez o atendimento prestado, para não ter que lidar com aquela demanda ou colocar estes atendimentos como uma atribuição única e exclusiva do Assistente Social.

Em suma, falar sobre a Política Nacional para a População em Situação de Rua é importante para promover a conscientização, promover mudanças sociais, mobilizar a sociedade civil, responsabilizar o governo e tornar visível essa população vulnerável. Isso contribui para construir uma sociedade mais justa, inclusiva e solidária.

8 Considerações finais

A partir da experiência vivenciada na residência, foi possível refletir sobre o fenômeno social das Pessoas que Vivem em Situação de Rua, que se caracteriza inteiramente como uma complexa, heterogênea e difícil expressão da questão social.

Foi possível perceber que a amplitude de problemas apresentados na área da saúde para essa população é de grande magnitude entre os demais problemas sociais, trata-se de uma população visível e invisível ao mesmo tempo. Visível para a sociedade que ainda estigmatiza estas pessoas com grande preconceito e invisível para os que governam o país, estados e municípios. Portanto, “ é importante reconhecer que a questão social assume a desigualdade social de classe, étnico-raciais, de gênero e orientação sexual¹ e o seu enfrentamento leva à projeção de formas de resistência e defesa da vida “ (IAMAMOTO, 2022).

O trabalho do Assistente Social exige não apenas conhecimentos teóricos metodológicos e orientação ética e política, mas também conhecimentos técnico-operativos. Portanto, o uso adequado de mediações instrumentais, técnicas, recursos e conhecimentos inscritos na totalidade em que, podemos abstrair uma leitura crítica capaz de apontar para uma prática profissional que vá além do técnico operativo, sobrepujando a razão instrumental dos modelos neoliberais. Sem estes requisitos, é impossível implementar intervenções de alta qualidade baseadas nos elementos que constituem nosso projeto ético-político profissional. Os Assistentes Sociais enfrentam o desafio de procurar alternativas profissionais que garantam direitos, opondo-se à privatização dos cuidados de saúde e

¹ O serviço social atualmente não utiliza o termo orientação sexual, mas sim condição sexual. Isso porque refere-se como a pessoa se identifica e não como é orientada.

reafirmando os cuidados de saúde como um direito social e uma obrigação do Estado.

É imprescindível ressaltar que foi com o crescimento dessa demanda populacional e com a pressão de setores organizados da sociedade civil (como os próprios Assistentes Sociais e entidades representativas de Pessoas que Vivem em Situação de Rua) que algumas políticas públicas foram desenvolvidas para tratar essa crescente expressão da questão social, porém também se deve estar atento para a atual realidade, em que as redes de proteção, muitas vezes não dispõem de oferta e nem de condições estruturais para atuar, seja em nível municipal ou estadual. É visto também como a área da saúde é falha com as Pessoas que Vivem em Situação de Rua e fica nítido o despreparo das instituições em relação a este público.

O setor saúde entre outros é um espaço de efetivação de direitos e intervenção dos profissionais, especialmente pelos cenários que afetam a política social no Brasil e no SUS, dessas lutas e desafios históricos. Os serviços de saúde têm acesso universal e igualitário garantido pela Constituição de 1988, mas ainda muitos cidadãos estão excluídos do acesso a esses serviços.

Sem investimento do governo os profissionais entre eles os Assistentes Sociais, sofrem no trabalho profissional os elementos racionais das condições objetivas que permitem um trabalho com qualidade, não conseguindo assim chegar aos fins que almejam e colaborar num processo educativo e cidadão para que se faça valer aquilo que está garantido constitucionalmente a todo cidadão.

É necessário fortalecer os Conselhos de Saúde para pressionarem os gestores públicos e a sociedade no geral para o avanço e efetivação das políticas públicas em relação a este público e principalmente levar em consideração a opinião destes usuários na elaboração destas políticas.

Com este trabalho de forma brevíssimo sobre o fluxo de trabalho dos Assistentes Sociais que atuam no Pronto Socorro do HC UFU, merece atenção os desafios que esses profissionais enfrentam em seu trabalho diário e como respondem aos pacientes que vivem em situação de rua, conforme as complexidades deste campo, mostrando também a existência de um elevado volume de atendimentos e situações que exigem aptidões e competências por parte dos profissionais, para realizar avaliações e decidir sobre intervenções relevantes para cada situação interventiva num tempo sempre estrangulado.

Por fim, este trabalho ficará com algumas lacunas a serem preenchidas, por exemplo: compreender as dificuldades que o município de Uberlândia sustenta, resistindo ao ingresso de residentes na rede municipal. Fica também como um aspecto não pesquisado, as dimensões da vigilância epidemiológica em relação a quantas Pessoas que Vivem em Situação de Rua o Pronto Socorro atende por ano? Quantas receberam alta? Quantas foram a óbito? Qual a relação deles com a família? Qual a relação deles com as estruturas

municipais de atendimento, dentre várias outras indagações que devem ser reunidas em relatórios de avaliação.

Mas fico na esperança de que talvez em um futuro não tão distante possam ser elaborados outros trabalhos seguindo essas abordagens e que possamos de alguma forma fazer deste tema um debate que poderá gerar outras reflexões, não só dentro da nossa profissão, mas em todas as áreas.

Referências

- Brasil. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.** 2005. Lei Federal. 11129, 30 jun. 2005. Citado na página 7.
- BRAVO, M. I. S. et al. Política de saúde no brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, Abepss, v. 3, p. 1–24, 2006. Citado na página 8.
- BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M. d.; GAMA, A. d. S.; MONNERAT, G. L. Saúde e serviço social. In: **Saúde e serviço social**. [S.l.: s.n.], 2004. p. 264–264. Citado na página 11.
- DINIZ, G. **Entendendo os conceitos básicos de políticas públicas**. 2019. <<https://www.clp.org.br/entendendo-os-conceitos-basicos-mlg2-de-politicas-publicas-mlg2/>>. Acesso em: 02 fev. 2024. Citado na página 21.
- FAMED-UFU. **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde da UFU**. 2019. Disponível em: <<http://www.famed.ufu.br/pos-graduacao-lato-sensu/residencia-uni-e-multiprofissional/conheca-o-curso>>. Acesso em: 21 nov. 2023. Citado na página 7.
- FEDERAL, G. Política nacional para inclusão social da população em situação de rua. **Brasília, DF**, p. 3, 2008. Citado na página 12.
- GUERRA, Y. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**, Editora UFJF Juiz de Fora, v. 3, p. 49–76, 2012. Citado na página 17.
- IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. [S.l.]: Cortez Editora, 2022. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 23.
- MDS, M. D. D. S. E. C. F. **Curso de introdução a atualização social especial e oferta dos serviços da proteção sobre a organização**. 2016. Disponível em: <<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/Caderno%20Professor%20-%20PSE.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2024. Citado na página 14.
- RIBEIRO, P. M. A.; ALBINO, N. M.; FARINELLI, M. R.; MARTINS, R. A. de S.; OLIVEIRA, J. J. A. de. Serviço social e residência multiprofissional em saúde: formação de profissionais para atuar na saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, v. 3, p. 1114–1122, 2020. Citado na página 10.
- SAÚDE, M. **Abertura de programa de residência em área profissional da saúde**. 2022. <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/residencias-em-saude/publicacoes/2-abertura-de-programa-de-residencia-em-area-profissional-da-saude-web.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2024. Citado na página 8.

SOCIAL, C. F. de S. Código de ética profissional dos assistentes sociais, 1993. **Coletânea de Leis e Resoluções**, v. 1, 2009. Citado na página 14.

_____. Legislação e resoluções sobre o trabalho do/a assistente social. resolução cfess 533/2008. **Regulamenta a supervisão direta de estágio no Serviço Social**. Brasília: CFESS, 2011. Citado na página 14.