



8º Encontro Internacional de Política Social 15º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Questão social, violência e segurança pública:
desafios e perspectivas

Vitória (ES, Brasil), 16 a 19 de novembro de 2020

Eixo: Análise, Avaliação e Financiamento das Políticas Públicas.

O trabalho da assistente social no Consultório na Rua

Adriana Pereira da Fonseca¹

Resumo: Este texto é produto de pesquisa de mestrado. O objeto de investigação é o trabalho profissional da assistente social no trabalho coletivo das equipes de Consultório na Rua do Rio de Janeiro. O método crítico e dialético foi central para a realização da pesquisa, associada a metodologia de pesquisa qualitativa e os instrumentos de coleta de dados: observação participante, elaboração do diário de campo e realização de entrevista semiestruturada. Para exame do material usamos a análise de conteúdo. Identificamos que esse espaço socio ocupacional traz particularidades ao trabalho profissional, que transita de uma cultura profissional mais centrada na atenção hospitalar para participar do trabalho interprofissional na atenção básica e especificamente com a população em situação de rua.

Palavras-chave: Serviço Social; trabalho coletivo em saúde; atenção básica; população em situação de rua;

The work of the social worker in the “Consultório na Rua”

Abstract: This text is a product of master's research. The object of investigation is the professional work of the social worker in the collective work of the “Consultório na Rua” in Rio de Janeiro. The critical and dialectical method was central to the research, associated with qualitative research methodology and data collection instruments: participant observation, preparation of the field diary and semi-structured interview. For examination of the material we use content analysis. We identified that this socio-occupational space brings particularities to professional work, which transitions from a professional culture more centered on hospital care to participate in inter-professional work in primary care and specifically with the homeless person.

Keywords: Social Service; collective work in health; Primary Health Care; homeless person

1 Introdução

Este trabalho é um recorte de pesquisa realizada para dissertação mestrado, pré-requisito para conclusão de curso de mestrado acadêmico. A referida pesquisa teve como objeto de investigação o trabalho profissional das assistentes sociais nas equipes de Consultório na Rua (CNAR). Apesar de quase 20 anos da primeira experiência que originou o que hoje é o CNAR, a produção bibliográfica sobre a inserção da assistente social nesta equipe é quase nula e os estudos que tratam especificamente sobre esse dispositivo tem a discussão voltada a sua efetividade e possibilidade de

¹ Mestre em Serviço Social e assistente social da equipe de Consultório na Rua – CMS Oswaldo Cruz, Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. E-mail: dri.fonseca13@gmail.com.

produção de cuidado. Além disso, observamos certo desconhecimento, tanto por parte da população quanto de outros profissionais de saúde e de outros serviços, da existência e função desse dispositivo. Nesse sentido, dentro da própria categoria profissional do Serviço Social há um desconhecimento sobre o trabalho realizado nessas equipes.

A motivação para elaboração e desenvolvimento da pesquisa aqui apresentada ultrapassa a necessidade de elaboração de uma dissertação. É atravessada pela inserção da autora, assistente social, em uma equipe de CNAR e pelo entendimento que o trabalho nesta equipe ocorre a partir da estruturação de equipes multiprofissionais que desenvolvem suas intervenções no âmbito do trabalho coletivo de saúde. Acreditamos que o CNAR, enquanto importante espaço socio ocupacional para a categoria de Serviço Social, apresenta desafios ao exercício profissional, tanto pela forma de estruturação do processo de trabalho quanto pelas demandas e requisições apresentadas no cotidiano, bem como as competências necessárias à sua operacionalização.

No intuito de desvendar esses desafios, definimos como *objetivo geral* da pesquisa de dissertação discutir o trabalho profissional das assistentes sociais inseridas nas equipes de Consultórios na Rua do Município do Rio de Janeiro a partir da centralidade do processo de trabalho coletivo em saúde na atualidade. A construção do percurso para resposta deste objetivo, definimos um metodológico, que teve ancoragem no *método crítico e dialético* como central para sua realização. Essa definição partiu do entendimento que a própria pesquisa é tomada como uma mediação privilegiada entre o conhecimento e a realidade concreta, apresentando-se como síntese entre o universal, o singular e o particular (NETTO, 2011; GIL, 1994).

Ao método crítico e dialético, foi associada à metodologia de pesquisa *qualitativa*. Nesta pesquisa se partiu do entendimento de que o trabalho profissional das assistentes sociais das equipes de CNAR é condicionado por determinações sociais, políticas e institucionais que implicam em mediações na investigação e na intervenção profissional ao responder às demandas e requisições postas no cotidiano, e que dificultariam, portanto, a apreensão da inserção da assistente social no trabalho coletivo em saúde. A partir dessas definições norteadoras, a pesquisa pode ser classificada quanto a estruturação como *temática ou focal simples* (VASCONCELOS, 2011; GIL, 1994), pois esse estudo pretende contribuir com o debate teórico pouco aprofundado sobre o

trabalho profissional das assistentes sociais nas equipes de CNAR no município do Rio de Janeiro, buscando ampliar a discussão e dar maior visibilidade acerca da temática, sobretudo em período de brutal ofensiva contra os trabalhadores brasileiros e contra o Sistema Único de Saúde (SUS) do país.

Os métodos de coleta utilizados buscaram valorizar o duplo lugar da pesquisadora, por isso foram definidas a *observação participante ou ativa*, a partir da própria inserção da pesquisadora no serviço e em eventos estratégicos, e a elaboração do *diário de campo* de pesquisa, que funcionou como forma de registro. Além disso, a *entrevista semiestruturada* tornou possível abordar questões relacionadas ao processo de trabalho das assistentes sociais inseridas nas equipes de CNAR localizada no Município do Rio de Janeiro, tendo por objetivo conhecer melhor as realidades experienciadas pelas profissionais e acessar informações sobre o trabalho profissional que respondam aos questionamentos deste estudo (MINAYO, 1996).

Por fim, para análise do material foi utilizada a *análise de conteúdo*. A escolha desse método parte do entendimento das possibilidades apresentadas pela sua utilização, através do conjunto de técnicas que a compõe, de ir além da aparência da comunicação e se aprofundar nos significados e significantes, a partir da “inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas)” (BARDIN, 2004, p. 37) das mensagens apresentadas pelas entrevistadas. Será sobre o material das entrevistas, realizadas com cinco profissionais das sete equipes da Cidade, que este trabalho se debruçará.

Por se tratar de uma pesquisa com trabalho de campo na saúde, respeitamos os cuidados éticos previstos na Resolução nº 446/2012 e submetemos o projeto de pesquisa a dois Comitês, um do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH) da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o outro da Prefeitura do Rio de Janeiro no período de julho de 2018. Ambos os comitês aprovaram o projeto sob os respectivos pareceres, nº 2.905.430 e nº 2.977.493.

2 O Serviço Social no trabalho coletivo em saúde

A assistente social, enquanto trabalhadora assalariada inserida na divisão sócio técnica do trabalho, determinada pelo modo de produção capitalista, encontra nos espaços sócio ocupacionais potencialidades e limites para o desenvolvimento de sua ação

profissional. Sua formação acadêmica, o respaldo nas legislações profissionais, em especial o Código de Ética, e a direção política do projeto profissional têm a função de dar subsídios ao exercício profissional para desvelar os limites impostos pelo conservadorismo de cariz neoliberal (ALMEIDA, 2018), que atravessa os espaços sócios ocupacionais e intenta por dar outro direcionamento ao seu trabalho, afastando-o da direção política que aproxima a categoria dos interesses da classe trabalhadora e a coloca em defesa de outra ordem societária.

Desvelar as expressões da “questão social” no cotidiano de trabalho, posicionando-se a favor dos interesses da classe trabalhadora não é tarefa fácil. Nos diferentes espaços sócio ocupacionais, a assistente social compõe o trabalho coletivo nas instituições em que se insere como trabalhadora assalariada. Trabalho aquele desenvolvido por diversos trabalhadores ao implementar as ações institucionais e que ao final terá produzido uma intervenção, fruto do trabalho combinado desses diferentes profissionais (IAMAMOTO, 2008).

Na saúde, seja pública ou privada, na atenção hospitalar ou na atenção básica¹, a estrutura do trabalho coletivo se expressa na articulação de processos de trabalho que são desencadeados a partir da instituição de equipes multiprofissionais. Segundo Matos (2013), a organização de processos de trabalho coletivos em saúde, baseado na conformação de equipes, surge juntamente com o modelo do hospital no século XVIII, estabelecendo-se uma relação de cooperação vertical, a partir da qual as tarefas são divididas entre os profissionais médicos e os profissionais não médicos.

¹ A atenção hospitalar e a atenção básica se constituem em níveis de complexidade do SUS e componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A atenção básica em saúde é constituída por pontos de atenção, os quais sejam: Unidade Básica de Saúde, equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas – equipe de Consultório na Rua, equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório – e Centro de Convivência. A Unidade Básica de Saúde “tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede” (BRASIL, 2011, p. 3).

A atenção hospitalar é constituída dos seguinte pontos de atenção: “enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas; [...] serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciarem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica”(BRASIL, 2011, p. 5).

O desenho desse novo espaço para o exercício da medicina, expresso pelo hospital, coloca o médico em uma relação de assalariamento e fez emergir dois tipos de cooperação do trabalho que compõe o denominado *trabalho coletivo em saúde* a saber: a cooperação vertical e a cooperação horizontal. A cooperação vertical ocorre quando o médico partilha suas ações com outros profissionais não médicos e se mantém em uma posição de supervisão da execução das referidas ações. Já a cooperação horizontal ocorre geralmente entre os médicos, podendo ser compartilhada com outros profissionais não médicos, mas tem como principal característica a especialização da formação e do conhecimento médico. Essa especialização tem como consequência direta, a fragmentação da intervenção profissional e, indireta, do usuário (MATOS, 2013). Apesar de fortemente marcada na prática médica, as especializações e sua consequente fragmentação atravessam todas as categorias profissionais da saúde.

As especializações do *trabalho* ocorridas com o modo de produção capitalista e aprofundadas nas diferentes fases de seu desenvolvimento têm como traço a fragmentação da intervenção sobre um mesmo objeto. Aproximando as especializações do trabalho para a área da saúde, as diferentes categorias profissionais, apesar de possuírem diferentes objetos de intervenção, encontram-se na articulação desses objetos que incidem e se apresentam a partir das necessidades e demandas dos usuários dos serviços de saúde. Apesar desse encontro, as intervenções dos profissionais não acontecem necessariamente de forma articulada, havendo forte dominância do conhecimento e do poder da medicina. De forma concomitante, a perspectiva da especialização ainda promove ações parciais e fragmentadas, expressas pelas diversas orientações profissionais que não se completam e tampouco dialogam.

No Brasil, a instituição do hospital pode ser entendida como a base para a conformação das práticas em saúde que vivenciamos até a atualidade. É certo que muito se modificou, o atual Sistema Único de Saúde (SUS), traz como avanços o delineamento de um sistema de saúde universal e de acesso gratuito. Propõe-se através da organização interna por níveis de complexidade, que deveriam se articular e se complementar para oferta de serviços que prezem pela integralidade do cuidado. Não obstante, a desarticulação desses níveis de complexidade coloca em xeque a concretização do princípio da integralidade (MATOS, 2013).

No limite, a desarticulação entre os níveis de complexidade do SUS expressa que, apesar da tentativa de superação de um modelo hospitalocêntrico e centrado no conhecimento médico, esse ainda é o modelo de cuidado predominante no Brasil. Na atualidade, a força do modelo médico-assistencial é expressão do aprofundamento do projeto neoliberal em curso na sociedade brasileira e no mundo.

A saúde se caracteriza como um dos principais espaços sócio ocupacionais onde a assistente social se insere, desde o surgimento da profissão até a atualidade, estando presente nas diferentes formas de organização dos serviços que operacionalizam essa política. A força do hospital como principal espaço socio ocupacional dentro da saúde está presente no exercício profissional até a atualidade. Novos espaços vêm surgindo ao longo das últimas três décadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, implementado com as lutas do movimento sanitário. Dentre esses espaços, destacamos a atenção básica, e mais especificamente as equipes de Consultório na Rua. Acreditamos que esses novos espaços ocupacionais apresentam desafios ao exercício profissional, tanto pela forma de estruturação do processo de trabalho quanto pelas requisições apresentadas no cotidiano de trabalho e as competências necessárias à sua operacionalização.

As equipes de CNAR são equipes multiprofissionais, que possuem como especificidade de sua intervenção o atendimento às pessoas em situação de rua. Enquanto equipe multiprofissional possui uma gama de profissionais que podem a compor, dentre esses está a assistente social. Sua existência tem como marca a potência de um processo de trabalho no território orientado pelas necessidades de saúde da população em situação de rua, que requisita em sua essência o trabalho coletivo, enquanto cooperação horizontal e articulação entre diferentes categorias.

3 Consultório na Rua: experiência de radicalidade do SUS

O Consultório na Rua (CNAR), assim denominada as equipes de Estratégia de Saúde da Família com foco no atendimento as pessoas em situação de rua, é instituído por legislação em 2011, com a incorporação na PNAB (BRASIL, 2012a), mas suas primeiras experiências datam do final da década 1990. O CNAR é uma junção de dois modelos de serviços ofertados as pessoas em situação de rua que tinham por objetivo melhorar o acesso aos serviços de saúde. A primeira experiência precursora do atual modelo ocorreu em Salvador, Bahia, e data do ano de 1999 e teve como foco o

atendimento e acompanhamento em saúde mental e aos transtornos relacionados ao uso prejudicial de substâncias para as pessoas em situação de rua (SANTANA, 2014). A segunda que ocorreu a partir de 2004, no âmbito da Estratégia da Saúde da Família (ESF), inicialmente em Porto Alegre e teve como objetivo criar equipes que atendessem na lógica ESF ultrapassando os limites do domicílio regular, ficando conhecida como ESF Sem Domicílio. Ambas tinham (e tem) como princípio de funcionamento a itinerância, realizando abordagens nos locais de parada dos usuários, e a intersetorialidade.

A partir da convergência desses dois modelos, o Consultório de Rua e a ESF Sem Domicílio, foi instituído, a partir de 2012, o Consultório na Rua. Essa experiência conjugou o atendimento em saúde mental e aos transtornos relativos ao uso prejudicial de drogas ao atendimento em Atenção Básica, abarcando todas as “linhas de cuidado” previstas neste nível de atenção, a saber: hipertensão, diabetes, saúde da criança, saúde na escola, tuberculose, hanseníase, infecções sexualmente transmissíveis (IST’s), saúde bucal, saúde do idoso, saúde da mulher e pré-natal, saúde mental. Assim como aponta Santana (2014), “a inserção das equipes de saúde voltadas à população de rua no escopo das ações da atenção básica representou uma ampliação no sentido de efetivar os direitos à saúde desta população” (2014, p. 1798).

A mudança não se limitou à nomenclatura das equipes, mas diz também sobre uma mudança nas diretrizes estratégicas de ação, atravessada por tensões institucionais e políticas que permanecem permeando as discussões acerca da efetividade da atenção ofertada pelas equipes. Inicialmente ligada à Política de Saúde Mental, com a mudança de nomenclatura, o dispositivo passa a vincular-se à PNAB, acarretando uma mudança na gestão. Observamos uma disputa por essa gestão, que imprimiu contornos diferenciados aos processos de trabalho das equipes. Apesar da mudança de gestão e organização, permaneceu como resposta a prioridade do Governo nas ações de enfrentamento ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, sendo o CNAR incorporado como um dispositivo estratégico constituinte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no eixo da Atenção Básica (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Apesar das disputas existentes sobre a gestão, temos observado equipes de CNAR com processos de trabalho imersos na Redução de Danos, apesar de alguns casos não contarem com outros dispositivos da saúde mental no território para compartilhamento do cuidado. Além disso, em um cenário político de cortes e desmontes, com diminuição

da oferta de serviços públicos, somados ao histórico preconceito e estigma que a PSR sofre, a existência de uma equipe específica que tenha por função articular o cuidado em saúde, sem perder o cuidado em saúde mental, faz-se, cada vez mais necessária. Em contrapartida, parece-nos que o CNAR provoca a saúde mental a reconhecer que todo sujeito que possa estar em sofrimento psíquico também é um indivíduo que requer atenção clínica ampliada. Então, perguntamo-nos se não há um falso dilema nesse tensionamento histórico quando radicalizamos a concepção de saúde ampliada.

Importa destacar que a transformação das equipes de Consultório de Rua para Consultório na Rua, responde à demanda do próprio MNPR pela ampliação do cuidado, “que entende que não é apenas a atenção em relação ao consumo e dependência de crack, álcool e outras drogas que a população em situação de rua necessita” (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 977). A instituição do CNAR se coloca como um respiro dentro da desassistência em saúde e, mais importante, representa a participação popular como demandatária desse cuidado.

O CNAR tem como função, enquanto um dispositivo da Atenção Básica, ser porta de entrada e articulador do cuidado intra e intersetorial, com a intervenção pautada pela redução de danos e pela integralidade, rompendo estigmas e buscando ampliar o acesso da população em situação de rua à rede de saúde, sempre presente no território e de forma itinerante. Tem um caráter político desde a sua constituição, que deve permanecer na prática da equipe multiprofissional, e se manifesta pelo incentivo à participação dos usuários nas suas ações e na articulação com outras políticas sociais, com a Cidade e com os movimentos sociais, em especial o MNPR (BRASIL, 2012a).

4 O trabalho da assistente social: aspectos do trabalho coletivo no Consultório na Rua

No processo de análise das entrevistas, trabalhamos com dois eixos temáticos, definidos a partir de temas iniciais definidos no processo de leitura do material. Neste ponto, escolhemos trabalhar com o eixo do *Trabalho Profissional da Assistente Social no CNAR* e escolhemos alguns temas iniciais para a discussão.

Buscando conhecer o processo de trabalho dessas equipes e como a assistente social desenvolve seu trabalho, solicitamos que as entrevistadas pudessem *contar um caso*. Em todos os relatos, foi unânime a presença e a importância do *vínculo* do usuário

com equipe, o qual é possibilitado, segundo as entrevistadas, pela presença da equipe no território, e o respeito a valorização da demanda para construção do cuidado.

Outro ponto importante de destaque no relato dos casos diz respeito ao compartilhamento do caso com outras equipes de saúde e a necessidade de articulação intersetorial. Nesse sentido, apesar de experiências bem-sucedidas de articulação intrasetorial, parece-nos que a intrasetorialidade tem sua concretização mais difícil que a intersetorialidade. Uma hipótese é o entendimento das outras equipes de saúde de que o CNAR, em se tratar também de uma equipe de saúde, deveria dar conta de todas as demandas apresentadas pelo usuário. A presença da equipe, acompanhando o usuário, aparece como essencial para a concretização dos atendimentos por outras equipes de saúde, nos diversos níveis de complexidade.

Ao relatarem seus os casos, três entrevistadas levantam questões que se relacionam com a intensificação do desmonte neoliberal, capitaneado pelo Estado, e que afeta mais diretamente as classes mais pobres e mesmo os trabalhadores da saúde, cujo sofrimento tem relação com as exigências por cuidado e os limites impostos por essa conjuntura. Referem-se a potência e aos limites do CNAR em produzir o cuidado para a PSR em uma conjuntura social tão precária; ao envolvimento afetivo (no sentido de afetar-se, interessar, atingir) com o caso e aos impactos que as expectativas criadas tem para o usuário e para a equipe, principalmente quando os resultados não chegam ao objetivo esperado e causam frustração; ao desinvestimento na política pública; e ao adoecimento dos profissionais, físico e mental.

Em meio à essa conjuntura, parece-nos que o trabalho com objetivos e ações compartilhados de forma interprofissional se torna também um meio de edificar defesas e promoção da saúde na própria equipe. Uma entrevistada reflete sobre o trabalho na Saúde Mental e na Atenção Básica e afirma:

[...] as demandas, elas são acolhidas pela equipe como um todo. Eu tô muito presente, assim, nos atendimentos, muitas interconsultas. Então assim, é tudo muito compartilhado! Ele é totalmente diferente, por exemplo, de quando eu tava na saúde mental, que era uma coisa assim, até meio esquizofrênica. A identidade profissional do assistente social é [...] a gente fica meio... meio perdido. Por isso que eu tratei disso no meu trabalho de conclusão. Aqui não! Eu consigo, a equipe consegue entender muito bem o que um assistente social desenvolve. Meu trabalho ele é coletivo e é totalmente compartilhado com todos da equipe, seja nos atendimentos em si, nas interconsultas, [...] na própria reunião de equipe, na discussão dos casos. Então, [...] não existe uma só demanda, são muitas demandas no meio do caso. Então na verdade, a gente tá atendendo o sujeito, a gente não está atendendo a demanda. Então, quando

a gente atende o sujeito a gente entende! Tá tudo, tá tudo incluído!
(ENTREVISTADA).

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

Outra questão apresentada diz respeito ao sigilo (BRASIL, 2012b) e a importância de criar estratégias para sua preservação no trabalho coletivo dentro da unidade de saúde e nas ruas, mas também de entender que o sigilo não acontece somente através do atendimento em uma sala fechada. Tem relação com o respeito do profissional pelas demandas apresentadas pelo usuário e pelo criterioso registro profissional.

Ainda sobre a formação profissional da assistente social, ouvimos que a expertise acumulada sobre as políticas sociais faculta uma expectativa desta profissional ser a articuladora da equipe, sendo muitas vezes previsto que cabem aquelas representar o CNAR em reuniões intra e intersetorial. Apesar de entendermos que esta não deve ser uma função exclusiva da assistente social, destacamos que sua formação é facilitadora para desenvolver tal articulação.

Ao pensar sobre *partilha do trabalho com os demais profissionais*, uma entrevistada reflete sobre a questão da rotatividade de profissionais nas equipes e a identifica como um dificultadora para a concretização de um processo de trabalho coletivo de base interdisciplinar. As rupturas causadas pela rotatividade interferem na realização das pactuações e, por vezes, demandam que trabalhos consolidados sejam refeitos. Sinaliza como a rotatividade influencia no trabalho profissional da assistente social, refere-se a discussão das *demandas* e ao entendimento pelos demais profissionais do que é *competência e atribuição* da profissional. Para a entrevistada, e nós concordamos, a estabilidade de profissionais nas equipes possibilita o melhor desenvolvimento do trabalho coletivo.

É um trabalho que a gente a constrói coletivamente. Justamente por ser complexo, ele não é não tem uma única questão. A questão que eu vou atender é uma das questões que o usuário apresenta, [...] é muito coletivo. Nós somos uma equipe que não teve tanta rotatividade. Eu acho que isso também faz toda a diferença. Talvez, assim, se eu tivesse com um colega, um enfermeiro que chegou há um ano, eu tivesse que o [...] tempo todo tá fazendo esse retrabalho de matriciar e ele entender o [...] que é um CRAS, que é um CREAS, entender

como é que media esse tipo de demanda. [...] a gente consegue compartilhar bem o trabalho, se dividir, não entender as coisas como propriedade, então, assim, fica mais fácil trabalhar assim (ENTREVISTADA).

As entrevistadas sinalizam que entendem o *trabalho da assistente social no CNAR* a partir da possibilidade de realizar a intermediação entre distintos interesses de frações de classe na realidade; da potência do trabalho compartilhado; da valorização do trabalho intersetorial e do lugar da assistente social no processo de articulação entre as políticas sociais e seus dispositivos, com objetivo principal de potencializar o cuidado em saúde.

Todas as entrevistadas apontam que no início do trabalho no CNAR encontram dificuldades com a imediaticidade das demandas apresentadas pelos usuários e a urgência de suas necessidades. Sinalizam que com o tempo de trabalho, balizadas pelo projeto profissional, conseguiram estabelecer investigações que possibilitam a resposta de algumas demandas de forma mais imediata, mas que buscam construir com os usuários outras formas de intervenção, capazes de produzir o cuidado ampliado e ultrapassar a imediaticidade. Pontuam a importância da valorização das demandas dos usuários no processo de cuidado, principalmente com demandas ditas simples, como o acesso à documentação, e a possibilidade que essa valorização coloca para a ampliação do cuidado.

Acho que [...] pode ser muito potente, mas também se a gente consegue fazer um trabalho compartilhado. Por exemplo, um trabalho intersetorial, que é o que eu acredito, assim. Então eu acho que o assistente social, ele deve se ocupar muito disso, assim, de fazer esse trabalho em rede porque eu acho que é isso que vai potencializar as possibilidades de cuidado do sujeito. [...] Não dá pra uma pessoa, uma profissão dar conta de tudo. Não dá pra uma equipe e um setor dar conta da vida complexa daquele sujeito, né? Não deveria dar pra caso nenhum, né, mas pra esses casos, sobretudo assim, não dá mesmo. E aí eu acho que a gente não pode cair nisso, assim, de achar que vai dar conta [...]. Se não a gente acaba, enfim, tutelando mesmo, fazendo, falando pelo sujeito, enfim. Então acho que esse trabalho em rede é [...] o que a gente precisa se ocupar [...] Isso me chama muita atenção porque, assim, eu fico muito nessa coisa da documentação e tal e aí vários usuários já vieram me falar, tipo: “Ah, obrigado. Agora eu tenho um documento, né. Eu não vou mais morrer e ser enterrado como um indigente. Eu tenho um documento”. E eu sempre vejo isso como uma coisa super banal, né, assim, ah, tipo, é só um documento, mas isso é muito importante. Isso é muito importante para os usuários, mas é isso que também garante, enfim, vários acessos a outros benefícios, as outras coisas. Não é simples, mas eu sempre vejo isso como uma coisa, assim, é o mínimo que a gente pode fazer. E o mínimo, às vezes, pra essas pessoas é muita coisa, né. Eu não tô falando que “Ah, o mínimo tá bom.” Não é isso! Pelo contrário, né? São pessoas que tem muitas demandas e que a gente de fato precisa ampliar mesmo o cuidado dessa pessoa, né? Pode ser um trabalho muito potente, mas se você puder compartilhar esse trabalho, né? Senão, você fica muito angustiada. Quando eu cheguei aqui eu ficava

muito angustiada, achando que precisava responder a tudo, a qualquer coisa, tipo, eu tinha que fazer. Não. E agora? A pessoa tá aqui, vai voltar pra rua assim e tal. Ficava muito angustiada com isso. E aí eu fui podendo ver, assim, né, que se tem uma potência no trabalho e que vai ser aos poucos mesmo. Eu não fico nos atendimentos achando que vou resolver várias coisas eu mesma já falo isso para eles que, né, não dá para resolver tudo de uma vez só, né, que vai precisar ser aos poucos mesmo (ENTREVISTADA).

Eu acho que é rico ter o assistente social na equipe pelo nosso olhar. O olhar que a gente tem do social, que é diferente das outras categorias profissionais, né?! Das mediações que a gente faz com a realidade. A gente enriquece muito o trabalho, mas eu compartilho dessa visão, assim que o social não é de propriedade do Serviço Social e a equipe vai se matriciando e atendendo, conseguindo atender.

Eu acho que a contribuição de uma assistente social é um diferencial, né, que ele traz para o trabalho é justamente poder fazer as mediações com a realidade, é poder identificar as contradições. Eu acho que esse olhar é que a gente tem, não é comum, por mais que a gente esteja trabalhando com profissionais extremamente politizados, experientes, esse é um diferencial que a gente traz na nossa formação. Que a gente não consegue enxergar tanto, acaba que com o tempo as pessoas vão se apropriando disso, a gente acaba achando até normal. [...] Esse olhar privilegiado, entender a questão social e transmitir isso faz muita das vezes fugir do julgamento moral [...] transmitir um pouco disso, o que é a questão social, né. Que existe desigualdade, que não são as mesmas oportunidades, por mais, que assim, que essa pessoa também compartilhe daquela mesma realidade e não esteja naquela situação [...]. Eu acho que esse olhar, a nossa formação, ela tem muito a que contribuir. Acho que faria muita diferença para uma equipe, apesar de ser tudo tão compartilhado, de me considerar mais uma no trabalho coletivo, mas assim acho que é muito rico poder ter um assistente social numa equipe de Consultório (ENTREVISTADA).

Nessas citações de diferentes entrevistadas, podemos observar o quanto elas reconhecem a potência da formação do Serviço Social para apreender as mediações postas nas demandas institucionais e sociais e para contribuir para o trabalho interprofissional do CNAR. Essa valorização entre formação e trabalho profissional não nos parece comum seja na profissão em geral (NICÁCIO, 2008) seja na cultura profissional da atenção hospitalar da saúde, quando foi associada à de secretária dos médicos ou a uma atividade subsidiária na equipe multidisciplinar. Aponta-nos para outras possibilidades de inserção profissional em processos de trabalho na saúde que tenham o trabalho coletivo como potencialidade de trocas e construção de um cuidado que compreende a saúde a partir de sua concepção ampliada, levando os princípios do SUS à sua radicalidade.

5 Considerações Finais

Em tempos de ataque aos sistemas universais de saúde, precisamos sustentar a defesa do SUS que ainda apresenta alguma desobediência aos preceitos do capital, na medida em sustenta lutas sociais entre projetos distintos da saúde, onde ainda mantém espaço de cuidado às pessoas tomadas como “desnecessárias” em tempo de crise do capital. O Consultório na Rua expressa de forma radical a disputa pelo princípio da universalidade no SUS. De um lado, reconhece a população em situação de rua como parte dos sujeitos que demandam cuidados em saúde, mas nas condições objetivas do acesso em curso, os mantêm nos “serviços essenciais”.

Em contexto de aprofundamento da desigualdade e, portanto, do aumento de pessoas em situação de rua, sentido pelas equipes que desenvolvem o trabalho com esse público, o preconceito e o estigma permanecem se apresentando como barreiras de acesso para o cuidado em saúde. O Consultório na Rua e o trabalho da assistente social no seu interior permanecem sendo uma estratégia de garantia de cuidado que possui extrema relevância na defesa dos direitos da população em situação de rua. A inserção de assistentes sociais nesse espaço sócio ocupacional, devido as dimensões ético-político, teórico-metodológica e técnico-operativa que conformam sua prática profissional (SANTOS, 2003; 2013), tem como contribuição ao processo de trabalho do Consultório na Rua potencializar a defesa dos direitos sociais e humanos em sua radicalidade (BRASIL, 2012b).

O processo de trabalho interprofissional do Consultório na Rua é marcado pela intensificação da interdisciplinaridade. Essa intensificação desafia os profissionais de todas as categorias a experimentarem outras formas de construção de intervenção, não mais com foco na tradição clínica sediada no hospital e na intervenção individual. As assistentes sociais têm sido desafiadas a desenvolverem o trabalho profissional a partir de um processo de trabalho coletivo que tem como ponto central o compartilhamento do cuidado intra e inter equipe de CNAR e a interconsulta como principal técnica interventiva.

O compartilhamento do trabalho valoriza a capacidade das assistentes sociais em desvelar as expressões da “questão social” na realidade vivenciadas pelos usuários do serviço, algo que não está presente em outras formações. Assim, aquelas profissionais têm o potencial de problematizar junto às equipes as demandas e requisições, buscando

superar os julgamentos de cunho moral e as intervenções que responsabilizam, única e exclusivamente, os usuários por seu cuidado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. de Neoconservadorismo e liberalismo. In: GALLEGO, E. S. (org.) **O ódio como política: a reinvenção das direitas no Brasil**. São Paulo: Editora Boitempo, 2018

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. [Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro] Lisboa, Portugal: Edições 70, 2004.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de dezembro de 2011. **Diário [da] Oficial República Federativa do Brasil**. Poder Executivo. Brasília, DF: 21 maio 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2017

_____. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª ed. revista e atualizada. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012b. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

IAMAMOTO, M. V.. O Serviço Social em tempo de capital fetiche. In: IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008, p. 335-471.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-260, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr 2017.

MATOS, M. C. de **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NICÁCIO, E. Serviço Social e Subjetividade. **Revista Praia Vermelha**: estudos de política e teoria social, Rio de Janeiro, n. 18, p. 46-71, 1º semestre 2008.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1798-1799, Ago 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000801798&lng=en&nrm=iso> Acesso em 27 abr 2017.

SANTOS, C. M. dos. As dimensões da prática profissional do Serviço Social. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 2, n.2 jul.-dez. 2002 – v. 3, n. 1 e n. 2 jan.-dez. 2003, p. 23-42, 2003.

_____. **Na prática a teoria é a outra?**: mitos e dilemas na relação entre teoria, prática, instrumentos e técnicas no serviço social. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.