



UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

CAMPUS I

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MARIA MYKAELLE ALVES DA SILVA

**SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE
SAÚDE E O ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA À REDE
SOCIOASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PARAÍBA**

Campina Grande – PB

2025

MARIA MYKAELLE ALVES DA SILVA

**SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE
SAÚDE E O ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA À REDE
SOCIOASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a/ao Coordenação
/Departamento do Curso de Serviço Social
da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do título
de Bacharelado em Serviço Social.

Área de Concentração: Serviço Social.

Orientador(a): Prof. Dra. Alessandra Ximenes da Silva

Campina Grande – PB

2025

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586s

Silva, Maria Mykaelle Alves da.

Serviço social e intersetorialidade: uma análise da política de saúde e o acesso da população em situação de rua à rede socioassistencial no município de Campina Grande - Paraíba [manuscrito] / Maria Mykaelle Alves da Silva. - 2025. 28 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2025.

"Orientação : Prof. Dra. Alessandra Ximenes da Silva, Departamento de Serviço Social - CCSA".

1. População em situação de rua. 2. Políticas sociais. 3. Direitos sociais. 4. Rede socioassistencial. 5. Morador de rua.
I. Título

21. ed. CDD 361.1

MARIA MYKAELLE ALVES DA SILVA

SERVIÇO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE: UMA ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE E O ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA À REDE SOCIOASSISTENCIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Serviço Social

Aprovada em: 20/06/2025.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado eletronicamente por:

- **Monica Barros da Nobrega** (***.263.004-**), em **01/07/2025 20:03:47** com chave **a51cbca056cf11f0adde06adb0a3afce**.
- **Maria do Socorro Pontes de Souza** (***.617.394-**), em **01/07/2025 19:56:06** com chave **924de3a256ce11f0ab851a7cc27eb1f9**.
- **Alessandra Ximenes da Silva** (***.440.794-**), em **01/07/2025 19:39:58** com chave **511cb68056cc11f0b22e2618257239a1**.

Documento emitido pelo SUAP. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse https://suap.uepb.edu.br/comum/autenticar_documento/ e informe os dados a seguir.

Tipo de Documento: Folha de Aprovação do Projeto Final

Data da Emissão: 21/07/2025

Código de Autenticação: 5ae905



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BRASIL – República Federativa do Brasil

CENTRO POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CNASUAS – Comissão Nacional de Articulação do Sistema Único de Assistência Social

CNSS – Conselho Nacional de Saúde

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NOB-SUAS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA.....	12
2.1 A intervenção do Estado na saúde: 1930 a 1964	13
2.1.1 Desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil a partir da Década de 1980.	15
2.1.2 História da Política de Saúde na Paraíba	18
2.1.2.1 História da Política de Saúde de Campina Grande-Paraíba	18
2.1.2.2 A política de assistência social no Brasil.....	19
3 DESAFIOS NO ACESSO À REDE SOCIOASSISTENCIAL E DA ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS.....	21
4 CONTRADIÇÕES E DIFICULDADES NA MATERIALIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS	27

RESUMO

O acesso às políticas sociais por parte da população em situação de rua revela um cenário permeado por práticas discriminatórias e recorrente violação de direitos. Entre os principais obstáculos enfrentados por esse grupo social, destacam-se as exigências institucionais incompatíveis com sua realidade, a falta de documentação civil, além de estigmas e preconceitos disseminados tanto pela sociedade quanto por representantes do poder público. Essas barreiras acabam por reforçar processos de exclusão e invisibilidade social. Diante desse contexto, o presente trabalho tem como objetivo analisar os limites e as potencialidades do acesso da população em situação de rua às políticas públicas, buscando compreender os desafios enfrentados na efetivação dos direitos sociais, bem como identificar estratégias que possam contribuir para a superação análise dos entraves, no hospital de emergência e trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, no período de realização do Estágio Supervisionado em Serviço Social. A construção deste estudo fundamenta-se em um percurso teórico-metodológico que articula revisão bibliográfica, e análise de registros provenientes de diários de campo. A abordagem adotada permitiu captar não apenas os aspectos objetivos da realidade investigada, mas também as nuances do cotidiano vivenciado pelos sujeitos sociais em questão. Os resultados obtidos indicam que a garantia de direitos para a população em situação de rua exige não apenas a ampliação das políticas públicas, mas também a transformação das práticas institucionais e das concepções sociais que os desumanizam. Nesse sentido, o debate proposto contribui para a reflexão crítica acerca da necessidade de práticas intersetoriais, acolhedoras e emancipadoras, que reconheçam esses sujeitos como detentores de direitos e promovam sua inclusão de forma efetiva nas redes de proteção social.

Palavras-chave: População em situação de rua; Políticas sociais; Direitos sociais.

ABSTRACT

Access to social policies by the homeless population reveals a context marked by discriminatory practices and recurrent violations of rights. Among the main obstacles faced by this social group are institutional requirements that are incompatible with their reality, lack of civil documentation, as well as stigmas and prejudices perpetuated both by society and representatives of public authorities. These barriers ultimately reinforce processes of exclusion and social invisibility. In this context, the present study aims to analyze the limits and potential of homeless individuals' access to public policies, seeking to understand the challenges in the realization of social rights, as well as to identify strategies that may help overcome these barriers, focusing on the Dom Luiz Gonzaga Fernandes Emergency and Trauma Hospital during the period of a Social Work internship. This study is based on a theoretical-methodological approach that combines a literature review, field data collection, and analysis of records from field journals. The chosen approach allowed for the capture of not only objective aspects of the investigated reality, but also the nuances of daily life experienced by the social subjects involved. The results indicate that ensuring rights for the homeless population requires not only the expansion of public policies but also the transformation of institutional practices and social perceptions that contribute to their dehumanization. In this regard, the proposed discussion contributes to a critical reflection on the need for intersectoral, welcoming, and emancipatory practices that recognize these individuals as rights-holders and effectively promote their inclusion within the social protection networks.

Keywords: Homeless population; Social policies; Social rights.

1 INTRODUÇÃO

A população em situação de rua se configura como um dos grupos mais sem direitos das sociedades contemporâneas. Em Campina Grande- Paraíba da mesma forma como em muitas outras cidades do Brasil, se evidencia uma população sem direitos sociais, e que vivem na realidade da extrema pobreza. O desamparo em relação à saúde, e assim por diante, é a marca de desigualdades estruturais que ainda existem e prosperam.

A ausência de uma articulação efetiva entre os serviços de saúde, assistência social, e outros setores estratégicos, como educação e habitação, contribui para a pauperização dessa população. Além disso, limitações estruturais, como a falta de abrigos adequados, a resistência ao acolhimento devido a questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, e a escassez de recursos materiais e humanos nos serviços de atendimento, reforçam essas desigualdades sociais e dificultam a efetividade das políticas públicas. Esse cenário exige uma reflexão crítica sobre a necessidade de integração mais eficaz entre as políticas, para que se alcance a universalização dos direitos e o atendimento integral às pessoas em situação de rua.

As desigualdades sociais, enquanto expressão da questão social, brasileira, sendo historicamente marcada pela negação de direitos fundamentais e pelo distanciamento das políticas sociais públicas. Nesse cenário, o Serviço Social assume papel estratégico na defesa e efetivação dos direitos sociais, especialmente por meio da atuação nos diversos espaços institucionais que compõem a rede de proteção social. A intersectorialidade surge como um princípio norteador fundamental para o enfrentamento das múltiplas determinações que atravessam a realidade dessa população, exigindo uma articulação entre políticas públicas — como saúde, assistência social, habitação e educação — a fim de garantir respostas mais integradas e efetivas às suas necessidades.

De acordo com Yazbek (2021), a intersectorialidade constitui um eixo fundamental para a efetivação das políticas sociais, pois possibilita uma articulação entre diferentes setores do poder público na tentativa de responder às múltiplas expressões da questão social.

A população em situação de rua representa uma expressão extrema da questão social, exigindo respostas que vão além de ações isoladas por parte do Estado.

Nesse contexto, a intersetorialidade das políticas públicas torna-se uma estratégia essencial para o enfrentamento das múltiplas determinações que atravessam essa realidade. Como afirma Yazbek (2021), "a intersetorialidade é uma estratégia que busca romper com a fragmentação das políticas públicas", permitindo uma atuação mais integrada entre áreas como saúde, assistência social, habitação e educação. Essa articulação é imprescindível para garantir o atendimento integral e contínuo dessa população, cujas necessidades extrapolam a lógica setorial. Silva (2009) reforça que a ausência de políticas articuladas tende a produzir respostas descompassadas com a complexidade vivida nas ruas, gerando atendimentos pontuais e muitas vezes ineficazes. O CFESS (2011) também aponta a necessidade de uma atuação profissional pautada na defesa de direitos e na articulação intersetorial como fundamento ético-político do Serviço Social. Assim, a atuação junto à população em situação de rua exige do/a assistente social não apenas conhecimento técnico, mas também a capacidade de articular redes e estratégias que contribuam para a efetivação de direitos de forma concreta e emancipadora.

Em seu trabalho, Silva (2009) destaca que a condição de rua é uma das formas mais extremas de violação de direitos humanos. Ela não apenas coloca esses indivíduos à margem da sociedade, mas também reflete a falência das políticas públicas em garantir uma rede de proteção efetiva para quem mais necessita.

A autora chama a atenção para a importância de uma abordagem que considere essas pessoas como sujeitos de direitos, e não apenas como objetos de assistência social, sendo necessário um enfoque mais humanizado e integrador. A saúde de uma população está intrinsecamente relacionada a elementos econômicos e culturais que determinam o acesso desigual aos serviços e recursos necessários para garantir umas melhores condições de vida. Esses fatores, conhecidos como determinação social da saúde, abrangem aspectos como a renda, educação, condições de moradia e acesso a serviços básicos, que influenciam diretamente na qualidade de vida e na equidade do cuidado à saúde. A desigualdade social no acesso às políticas públicas de saúde evidencia as disparidades estruturais que existem em diferentes camadas da sociedade, refletindo não apenas a falta de recursos, mas também a exclusão social que atinge os grupos mais pauperizados como a população em situação de rua. A superação dessas desigualdades exige uma abordagem intersetorial que articule diferentes áreas do conhecimento e das políticas públicas,

com o intuito de criar soluções integradas e mais eficazes, capazes de garantir a saúde como um direito universal.

A intersetorialidade no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) tem se mostrado uma estratégia essencial para a integração das políticas públicas, especialmente nas áreas de saúde e educação. A abordagem intersetorial busca superar a fragmentação dos serviços, promovendo uma atuação conjunta entre diferentes setores, a fim de atender de forma mais completa e eficiente as necessidades das pessoas em situação extrema de pauperização. A interação entre essas políticas é fundamental para o atendimento integral, pois muitas das demandas dessa população, como o acesso à saúde e à educação, estão diretamente relacionadas aos serviços de assistência social.

Dessa forma, a implementação de práticas intersetoriais contribui para a ampliação do acesso aos direitos e para a construção de um atendimento mais humanizado capaz de enfrentar a complexidade das condições de vida das populações em risco.

A crescente visibilidade da população em situação de rua nas cidades brasileiras revela um cenário marcado por profundas desigualdades sociais e por múltiplas violações de direitos. Esses sujeitos enfrentam cotidianamente obstáculos para acessar políticas públicas fundamentais, como saúde e assistência social, em virtude de práticas institucionalizadas de exclusão, estigmatização e desarticulação dos serviços. Nesse contexto, o presente estudo propõe uma análise crítica da atuação intersetorial entre a política de saúde e a rede socioassistencial no município de Campina Grande, Paraíba, a partir do referencial teórico do Serviço Social. A escolha do tema se justifica pela necessidade de compreender as estratégias de atendimento adotadas pelo poder público frente à complexidade das demandas sociais, bem como o papel do assistente social como articulador de redes e garantidor de direitos.

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) adota uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, com o objetivo de analisar criticamente as políticas públicas de saúde e assistência social direcionadas à população em situação de rua, considerando os impactos do descompromisso e das omissões na gestão pública. A pesquisa foi conduzida por meio de revisão bibliográfica e documental, utilizando como fontes principais artigos científicos, livros, legislações, relatórios institucionais e documentos oficiais produzidos por órgãos governamentais e organizações da

sociedade civil. A escolha por uma abordagem qualitativa justifica-se pela complexidade do objeto de estudo, que envolve múltiplas dimensões sociais, políticas e institucionais, exigindo uma análise interpretativa e contextualizada. A pesquisa realizada é histórica-crítica, sendo assim pode-se compreender as estruturas que mantêm a exclusão social e faz uma avaliação da operacionalização das políticas públicas.

A metodologia inclui análise qualitativa, e biografias, através de dados estatísticos e de documentos oficiais. Durante a pesquisa, buscou-se identificar os desafios, as contradições e as potencialidades da atuação intersectorial no cotidiano do Serviço Social, bem como refletir sobre as implicações ético-políticas desse processo. O objetivo central é evidenciar como a intersectorialidade pode contribuir para uma intervenção mais efetiva, humanizada e comprometida com a garantia de direitos sociais. Integrar essas abordagens têm como objetivo fornecer uma visão geral da questão e evocar uma empatia profunda do problema. No processo de coleta de dados, foi importante estabelecer rapport com os participantes e criar condições nas quais pudessem compartilhar confortavelmente suas experiências.

A pesquisa teve a pretensão de generalizar os resultados, mas de oferecer uma compreensão aprofundada sobre os desafios enfrentados por essa população no acesso às políticas públicas. Este trabalho propõe uma análise crítica da articulação entre a política de saúde e a rede socioassistencial, considerando os desafios enfrentados pela população em situação de rua no acesso a esses serviços.

A investigação fundamenta-se em revisão bibliográfica, documentos oficiais e referenciais do Serviço Social, com ênfase na atuação profissional diante das contradições impostas pelo modelo de proteção social vigente. A escolha pelo tema “Serviço Social e Intersectorialidade: uma análise da política de saúde e o acesso da população em situação de rua à rede socioassistencial no município de Campina Grande – Paraíba” surgiu da inquietação diante da crescente visibilidade da população em situação de rua e das múltiplas violações de direitos vivenciadas por esse grupo social. O objetivo geral da pesquisa é analisar de que forma a intersectorialidade tem sido efetivada no atendimento à população em situação de rua no município, com ênfase nas articulações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Para isso, o trabalho foi estruturado em quatro seções principais. No primeiro capítulo, apresenta-se o referencial teórico sobre a questão social, o Serviço Social e o conceito de intersectorialidade nas políticas públicas. Em

seguida, no segundo capítulo, discute-se a relação entre as políticas de saúde e assistência social, com ênfase nas normativas que orientam o atendimento à população em situação de rua. No terceiro capítulo, são apresentados os aspectos metodológicos da pesquisa e a análise empírica da realidade local, com base em dados e documentos do município de Campina Grande. Por fim, o último capítulo traz as considerações finais, com destaque para os limites e possibilidades da atuação intersetorial, bem como sugestões para o aprimoramento das ações públicas no enfrentamento da exclusão social. Essa realidade, marcada por profundas desigualdades, exige não apenas um olhar técnico, mas um compromisso ético e político com a defesa da dignidade humana e dos direitos sociais.

Durante a formação acadêmica em Serviço Social, especialmente por meio de estágios, estudos e vivências no campo das políticas públicas, tornou-se evidente que a população em situação de rua enfrenta inúmeros obstáculos para acessar direitos básicos, como saúde, alimentação, moradia e proteção social. A invisibilidade social, o estigma e a fragmentação dos serviços são fatores que contribuem para a perpetuação de ciclos de exclusão.

Neste cenário, a intersetorialidade se apresenta como uma estratégia fundamental para a articulação entre as políticas de saúde e assistência social, visando respostas mais integradas, efetivas e humanizadas. O município de Campina Grande, enquanto importante centro urbano do estado da Paraíba, apresenta um contexto relevante para esta análise, considerando a presença de equipamentos como o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), CRAS, CREAS e serviços de saúde, que precisam atuar de forma articulada.

Assim, o presente trabalho se justifica pela necessidade de refletir criticamente sobre os limites e possibilidades da atuação intersetorial no atendimento à população em situação de rua, reconhecendo o papel estratégico do assistente social na construção de redes e na mediação entre sujeitos, políticas e territórios. Ao investigar a realidade local de Campina Grande, pretende-se contribuir com subsídios teóricos e práticos para o fortalecimento das ações intersetoriais e para a efetivação dos direitos sociais dessa população.

2 O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL BRASILEIRA

A industrialização nos países centrais levou à criação de políticas de assistência à saúde voltadas para os trabalhadores, as quais passaram a ser gerenciadas pelo Estado. Nesse contexto, a medicina social foi instituída em países como Alemanha, Inglaterra e França, a partir da intervenção estatal que possibilitou a conquista de alguns direitos sociais para a classe trabalhadora, além de garantir a manutenção da ordem social capitalista. No Brasil, a efetivação de uma assistência à saúde mais estruturada ocorreu mais intensamente na década de 1930, período em que a assistência médica ainda era predominantemente associada à caridade e às práticas liberais.

Durante o século XIX, o Brasil vivenciou transformações econômicas e políticas significativas, que impulsionaram o início das práticas de Saúde Pública. No início do Século XX, essas práticas passaram a ser reconhecidas como uma "questão social", especialmente no contexto do capitalismo voltado para a economia exportadora cafeeira. Nesse cenário, questões relacionadas à higiene e saúde do trabalhador ganharam destaque e foram incorporadas à estrutura previdenciária brasileira, culminando na criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), com financiamento proveniente da União, empresas, empregadores e empregados. A organização dessas caixas era mantida pelas empresas com maior poder aquisitivo, que eram capazes de sustentar suas estruturas. O diretor responsável por cada instituição era nomeado pelo Presidente da República, que indicava o presidente da administração. Entre os benefícios proporcionados por essas contribuições estavam a assistência médica curativa, a distribuição de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, aposentadoria por invalidez, pensões para dependentes e auxílio-funeral. Trabalhadores vinculados ao setor de exportação, como ferroviários e marítimos, desempenharam papel importante na luta pela organização dessas caixas em suas respectivas empresas. A importância da intersetorialidade também se expressa na busca pela integralidade do atendimento.

No âmbito do SUAS, as diretrizes apontam para a necessidade de ações articuladas com os serviços de saúde, educação, justiça, segurança alimentar, entre outros, especialmente no atendimento a públicos prioritários como crianças, adolescentes, mulheres em situação de violência, pessoas em situação de rua e

pessoas com deficiência. No entanto, a efetivação da intersectorialidade ainda enfrenta desafios como a ausência de protocolos comuns entre os setores, a descontinuidade das ações, a escassez de recursos e a cultura institucional baseada na compartimentalização das políticas. Nesse sentido, o trabalho dos assistentes sociais é essencial para fomentar práticas intersectoriais e fortalecer redes de proteção social nos territórios.

Assim, compreender a intersectorialidade como princípio e prática é essencial para a qualificação da política de assistência social, permitindo uma atuação mais efetiva na garantia de direitos e na promoção da cidadania.

2.1 A INTERVENÇÃO DO ESTADO NA SAÚDE: 1930 A 1964

O contexto da industrialização no capitalismo gerou mudanças significativas nas condições de saúde da população. Problemas urbanos como a falta de saneamento básico, a limpeza das ruas, o fornecimento de água potável e as condições precárias de habitação dos trabalhadores agravaram a situação. Esse cenário levou ao surgimento de epidemias e doenças contagiosas, com destaque para a mortalidade infantil. Além de impactar a saúde pública, esses problemas reduziram a produtividade do trabalho e criaram uma situação de risco para a continuidade do sistema capitalista.

O período compreendido entre 1930 e 1964 representa um marco importante na constituição das políticas sociais no Brasil, especialmente nas áreas de saúde e assistência social. A ascensão de Getúlio Vargas ao poder, em 1930, inaugura um novo modelo de Estado, de caráter intervencionista, que rompe com o liberalismo da Primeira República e adota a centralização como estratégia de organização das políticas públicas.

A proliferação de doenças e a possibilidade de movimentos revolucionários acentuaram a pressão para que a classe dominante adotasse medidas para restaurar a ordem social. Nesse contexto, a burguesia acionou o Estado para implementar serviços de saúde e moradia que melhorassem as condições de vida da classe trabalhadora, buscando restabelecer a produtividade e controlar as massas. Inicialmente, o Estado adotou a ideia de "polícia médica", em que o controle da saúde e do corpo da classe operária se tornava central.

No final do século XIX, especialmente na Inglaterra, surgiu como uma estratégia de controle da saúde e das condições da classe trabalhadora. Paralelamente, foi criada uma rede de cuidados médicos voltados para os pobres, com ênfase na medicalização e no controle ambiental, visando proteger os interesses da burguesia.

Com o desenvolvimento do capitalismo e a evolução das forças produtivas, tornou-se necessário um trabalhador mais qualificado e saudável. Isso exigiu uma ampliação das instituições de saúde para atender a toda a população.

Ao longo dos anos, novos conceitos de saúde passaram a ser desenvolvidos, ampliando a visão de saúde para além da simples ausência de doenças, sendo reconhecida como um mecanismo fundamental para o desenvolvimento político e econômico, já que trabalhadores saudáveis e ativos são mais produtivos.

No Brasil, o processo de industrialização a partir da década de 1930 trouxe consigo a reconfiguração do papel do Estado, que começou a adotar políticas sociais em resposta às reivindicações dos trabalhadores. A partir dessa década, as políticas sociais, incluindo as de saúde, passaram a se tornar uma questão política. A intervenção estatal se fez necessária para atender os assalariados urbanos, que se tornaram atores sociais fundamentais no cenário do capitalismo industrial. Nesse período, houve uma aceleração da urbanização e uma expansão da classe trabalhadora, o que, por outro lado, resultou em uma piora nas condições de saúde, habitação e higiene da população.

A política de saúde desenvolvida nesse contexto foi dividida em dois setores principais: saúde pública e medicina previdenciária. A saúde pública, até meados dos anos 60, focava nas políticas higienistas voltadas para a população urbana, com pouca atenção para a zona rural. A medicina previdenciária só se transformou na saúde pública em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a orientar a compra de serviços médicos privados, com ênfase na medicina curativa, o que favoreceu a lucratividade do setor.

Entre 1930 e 1940, ganharam destaque às campanhas sanitárias e a coordenação dos serviços estaduais de saúde, com a criação de medidas de combate a endemias como febre amarela e malária, especialmente nas regiões Nordeste e Baixada Fluminense. Em 1941, iniciou-se a reorganização do Departamento Nacional de Saúde, com a introdução de formação técnica em saúde pública. Já na década de 30, surgiram os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), como uma resposta às

reivindicações dos trabalhadores urbanos, oferecendo benefícios e maior cobertura. No entanto, a previdência passou a focar mais na acumulação de reservas financeiras do que na prestação efetiva de serviços, o que gerou a separação entre previdência e assistência social, dado que não havia limites orçamentários para despesas com serviços médicos e hospitalares.

A política nacional de saúde no Brasil, que teve suas bases consolidadas entre 1945 e 1950, contou com a atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que foi um esforço do governo federal para lidar com a saúde pública em meio a duas guerras mundiais, em parceria com órgãos governamentais. A intersetorialidade entre as políticas de Saúde e Assistência Social tem se consolidado como um importante eixo de atuação nas políticas públicas brasileiras, sobretudo diante da complexidade das expressões da questão social e das múltiplas necessidades dos usuários. Essa integração busca romper com a histórica fragmentação entre os serviços, visando a construção de respostas mais abrangentes, integradas e efetivas.

De acordo com Yasbeck (2005), a intersetorialidade não se resume a uma mera articulação administrativa ou à soma de ações isoladas entre setores, mas representa uma nova lógica de gestão social, orientada por uma visão de totalidade. Para a autora, a superação da fragmentação exige que os profissionais reconheçam as múltiplas determinações que afetam a vida dos sujeitos, entendendo que as necessidades sociais não podem ser respondidas de maneira setorializada.

2.1.1 Desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil a partir da Década de 1980.

A década de 1980 representa um marco decisivo para a reconfiguração da política de saúde no Brasil. Inserido em um contexto de redemocratização e de crescentes mobilizações sociais, o período foi caracterizado por intensos debates sobre a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a necessidade de superação do modelo excludente então vigente. Até aquele momento, o sistema de saúde brasileiro estava fortemente vinculado à lógica do seguro social, limitando o atendimento essencialmente aos trabalhadores formais vinculados à Previdência Social, o que deixava uma parcela significativa da população à margem dos serviços públicos de saúde.

A partir desse cenário, emergem propostas progressistas de reforma sanitária que passaram a questionar os fundamentos do sistema anterior e a defender a saúde

como um direito de todos e dever do Estado. Esse movimento culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, evento de grande relevância histórica e política, que reuniu diferentes segmentos da sociedade civil, profissionais da saúde e representantes do poder público. As resoluções dessa conferência influenciaram diretamente a elaboração da nova Constituição Federal, promulgada em 1988.

A Constituição de 1988 instituiu um novo paradigma ao reconhecer explicitamente o direito universal à saúde e estabelecer as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa nova estrutura rompeu com o modelo anterior ao garantir acesso universal, igualitário e gratuito a todos os cidadãos, independentemente de sua situação socioeconômica ou vínculo empregatício. A organização do SUS foi orientada por princípios fundamentais como a universalidade, integralidade, equidade, descentralização administrativa, regionalização e participação popular.

A década de 1990, por sua vez, foi marcada pelo processo de regulamentação e implementação do SUS, com avanços importantes, mas também enfrentando desafios significativos, como o subfinanciamento, a fragmentação da gestão e as dificuldades na consolidação de uma rede integrada de serviços. Ainda assim, a estrutura do SUS permitiu ampliar a cobertura de serviços básicos, consolidar políticas de atenção primária, como o Programa Saúde da Família (atualmente Estratégia Saúde da Família), e promover ações de vigilância em saúde mais abrangentes.

Desde então, a política de saúde brasileira tem passado por contínuos processos de aprimoramento, apesar das dificuldades enfrentadas por diferentes gestões e conjunturas econômicas e políticas. O fortalecimento do SUS continua sendo um dos principais desafios para a garantia efetiva do direito à saúde, conforme preconizado na Constituição Federal de 1988. Análise do Processo de Contrarreforma na Política de Saúde no Brasil: Implicações para o Serviço Social.

A política de saúde no Brasil, desde a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988, tem sido alvo de disputas entre projetos societários antagônicos. Enquanto o projeto universalizante, oriundo da Reforma Sanitária, defende a saúde como direito social e dever do Estado, forças neoliberais têm promovido um contínuo processo de contrarreforma, que fragiliza os princípios fundadores do SUS. Para o Serviço Social, comprometido com a defesa dos direitos

sociais e com a consolidação de políticas públicas equitativas, compreender essas dinâmicas é fundamental.

O processo de contrarreforma na política de saúde pode ser identificado desde a década de 1990, com a intensificação das políticas de ajuste fiscal, a expansão de práticas gerencialista a progressiva inserção do setor privado na gestão e na prestação de serviços de saúde pública. A lógica de mercado passou a disputar espaço dentro do SUS, favorecendo parcerias público-privadas, organizações sociais (OSs) e fundações privadas, o que compromete o caráter público e universal do sistema.

Esse movimento se intensificou no século XXI, sobretudo a partir das medidas de austeridade fiscal adotadas no contexto da crise econômica e política dos anos 2010. A Emenda Constitucional nº 95, de 2016, que impôs o teto de gastos públicos por 20 anos, representou um marco profundo da contrarreforma do Estado e atingiu duramente o financiamento da saúde pública. Tal medida gerou impactos diretos sobre a capacidade do SUS de garantir acesso, qualidade e integralidade nos serviços ofertados, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade social.

Para o Serviço Social, esse cenário exige posicionamento ético-político diante do desmonte progressivo das políticas públicas. O trabalho do/a assistente social na saúde pública é atravessado por contradições, pois ao mesmo tempo em que se reafirma o compromisso com os direitos dos usuários, o cotidiano profissional é impactado pela escassez de recursos, pela precarização das condições de trabalho e pela burocratização dos atendimentos. A contrarreforma, portanto, não apenas restringe o acesso da população à saúde, mas também impõe limites à efetivação de um projeto profissional voltado à emancipação social.

Ademais, é necessário destacar que a contrarreforma não se restringe ao plano econômico, mas está também associada a mudanças ideológicas que colocam em xeque o papel do Estado como promotor de justiça social. Nesse sentido, o Serviço Social deve fortalecer espaços coletivos de resistência e articulação política, atuando na defesa intransigente do SUS como política pública universal, estatal e de qualidade.

Em síntese, a contrarreforma da política de saúde constitui um processo complexo e contínuo de disputa de interesses, que revela a fragilidade da proteção social em um Estado cada vez mais subordinado à lógica do capital. Para o Serviço Social, o enfrentamento a esse processo passa por uma atuação crítica,

comprometida com os fundamentos do projeto ético-político da profissão e com a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

2.1.2 História da Política de Saúde na Paraíba

No Estado da Paraíba, a história da política de saúde passou por transformações importantes até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988. A implementação do SUS trouxe uma nova perspectiva de atenção integral e humanizada à saúde, rompendo com o modelo assistencialista centrado na saúde-doença. Essa reformulação buscou promover um modelo de saúde que atendesse as necessidades sociais da população, com um enfoque na prevenção e na promoção da saúde. Como parte desse processo, em 1987 foram criadas as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) e os Centros Formadores de Recursos Humanos (CEFOR RH), com a finalidade de qualificar os trabalhadores da saúde, formando uma rede de profissionais para atuar no SUS em todo o país.

Em 1994, a Lei Estadual nº 5.871 criou o CEFOR-RH/PB, voltado para a qualificação de trabalhadores da saúde nos serviços públicos da Paraíba. O SUS passou a ser regido pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/1990), que introduziu uma nova forma de pensar a saúde no Brasil, considerando não apenas a relação saúde-doença, mas também as questões sociais que influenciam a saúde da população. A política de educação permanente em saúde (PNEPS) atuação dos trabalhadores do SUS na Paraíba, alinhando os esforços no fortalecimento e expansão do sistema de saúde pública.

2.1.2.1 História da Política de Saúde de Campina Grande-Paraíba

Entre as décadas de 1990 e 2020, Campina Grande vivenciou um período marcado por grandes avanços e por graves crises em sua política de saúde pública. A municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 1990 representou um marco: foi quando Campina Grande se tornou um dos primeiros municípios brasileiros a adotar, de forma descentralizada, o modelo da Atenção Primária à Saúde e implantou o Programa Saúde da Família.

Essa fase trouxe avanços significativos em vigilância sanitária, atenção básica e descentralização dos serviços.

Contudo, entre 2014 e 2017, o Plano Municipal de Saúde foi alvo de críticas por sua execução burocrática e metas pouco realistas, o que prejudicou o fortalecimento da gestão hospitalar. A situação se agravou no período da pandemia (2020–2022), quando a escassez de leitos, insumos e profissionais — mesmo em hospitais reforçados como o de Trauma — expôs a gravidade da infraestrutura do sistema paraiba.pb.gov.br.

Desse modo, embora o avanço do SUS tenha sido visível desde os anos 1990, o período entre 2014 e 2022 pode ser caracterizado como o mais crítico para a política de saúde hospitalar em Campina Grande, posto que, apesar da multiplicação de leitos e estruturas, a execução fragilizada do planejamento e a ponta do sistema mobilizada pela pandemia resultaram em colapsos periódicos nos atendimentos.

2.1.2.2 A política de assistência social no Brasil

No Brasil, a saúde e a assistência social têm sua composição considerada na Constituição Federal de 1988 que lhe assegurou o direito à saúde e fez do mesmo um dever de o Estado prover assistência social a quantos dela necessitarem. Entretanto, ao longo das décadas, a aplicação dessas políticas tem sofrido desafios consideráveis. Embora o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) sejam marcos importantes, sua aplicação em relação à população em situação de rua tem sido repleta de lacunas e contradições.

Em Campina Grande, cidade que possui uma rede socioassistencial, apesar de seus esforços, tenta estender seu alcance a todas as pessoas que requerem seus serviços. A falta de recursos, estigma e burocracia são alguns dos fatores que dificultam o impacto dessas políticas. No município de Campina Grande, a população em situação de rua enfrenta grandes desafios no acesso à rede socioassistencial, especialmente quando se observa a discrepância entre as políticas públicas previstas e sua implementação prática. Embora existam normativas e iniciativas destinadas a garantir o atendimento dessa população, como o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro POP) e serviços de saúde específicos,

há uma grande lacuna entre o que é determinado em nível legal e as condições reais de atendimento.

Políticas públicas para a população em situação de Rua em Campina Grande: o papel do Centro POP

No contexto das políticas públicas de assistência social em Campina Grande, a população em situação de rua passou a ser reconhecida como grupo de atenção prioritária a partir da ampliação das diretrizes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sobretudo com a publicação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (2009). A partir disso, o município incorporou medidas mais estruturadas de proteção e acolhimento, com destaque para a criação e funcionamento do Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP).

O Centro POP de Campina Grande atua como espaço de referência para atendimento especializado, onde são ofertados serviços essenciais como alimentação, higiene pessoal, guarda de pertences, atendimentos psicossociais, orientação sobre documentação civil e encaminhamentos para a rede de saúde, trabalho e habitação. Essa estrutura integra a Proteção Social Especial de Média Complexidade do SUAS e cumpre papel fundamental na tentativa de garantir os direitos básicos dessa população, reduzindo os efeitos da exclusão social e promovendo reinserção social progressiva.

Além do Centro POP, o município também desenvolve ações articuladas com abrigos institucionais e programas de reintegração familiar e comunitária. No entanto, apesar desses avanços, a efetividade dessas políticas ainda enfrenta desafios importantes, como a limitação de recursos, a rotatividade de profissionais, e a ausência de políticas habitacionais consistentes que garantam a saída definitiva das ruas.

Portanto, embora o Centro POP represente um avanço significativo no atendimento às pessoas em situação de rua em Campina Grande, sua atuação ainda depende de maior integração com outras políticas públicas, além de um fortalecimento institucional que permita a superação de abordagens emergenciais e fragmentadas.

3 DESAFIOS NO ACESSO À REDE SOCIOASSISTENCIAL E DA ATUAÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS

O acesso aos serviços de saúde e assistência social é um direito constitucional, mas, na prática, muitas barreiras o colocam em risco. Em Campina Grande, os moradores de rua se deparam com um misto de dificuldades como a baixa posse de documentos, o profissional e sua vasta gama de preconceitos e a ausência de estruturas que cancelem seus obstáculos. A efetivação dos direitos sociais e à rede socioassistencial representam desafios contínuos no cotidiano de atuação dos assistentes sociais. Embora a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) tenha avançado na organização dos serviços, programas e benefícios, ainda existem barreiras estruturais, institucionais e políticas que dificultam o atendimento integral das demandas da população em situação de extrema pobreza. A consolidação da política pública de Assistência Social no Brasil, por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), representou um avanço significativo na institucionalização dos direitos sociais. Entretanto, persistem inúmeros desafios que limitam o acesso da população à rede socioassistencial, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade ou risco social. Entre os principais obstáculos, destacam-se a desinformação da população sobre seus direitos, a fragmentação dos serviços, a insuficiência de recursos humanos e materiais, além da desarticulação entre as diferentes políticas públicas.

A atuação dos assistentes sociais se dá, nesse contexto, como uma mediação fundamental entre os sujeitos e o Estado. Esses profissionais são responsáveis por orientar, encaminhar, garantir acessos e construir estratégias coletivas de enfrentamento das desigualdades sociais. Contudo, encontram barreiras institucionais que dificultam a efetividade de suas ações, como a sobrecarga de trabalho, a ausência de espaços intersetoriais de planejamento, a precarização dos vínculos de trabalho e a carência de suporte técnico e político.

A intersetorialidade surge, portanto, como uma estratégia imprescindível para qualificar a atuação dos profissionais e superar os entraves no acesso à rede de proteção social. Entre os principais obstáculos, destacam-se a insuficiência de recursos financeiros e humanos, a precarização das condições de trabalho, a fragmentação dos serviços ofertados e a descontinuidade das políticas públicas em razão de mudanças administrativas. Tais dificuldades comprometem a efetividade dos

princípios de universalidade, integralidade e equidade que norteiam o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

No âmbito da atuação profissional, os/as assistentes sociais enfrentam limitações que vão além da escassez de materiais e infraestrutura: lidam com a necessidade constante de articulação entre diferentes políticas públicas — como saúde, educação, habitação e segurança alimentar — para viabilizar o acesso aos direitos fundamentais dos usuários. Soma-se a isso a necessidade de resistir às pressões burocráticas e gerenciais que, muitas vezes, restringem a prática profissional ao cumprimento de metas e procedimentos em detrimento do compromisso ético-político com a emancipação dos sujeitos.

Além disso, é comum a existência de entraves relacionados ao desconhecimento da população sobre seus direitos, o que exige dos profissionais uma atuação educativa, voltada para a ampliação dos direitos sociais para a construção de processos participativos. Diante desse cenário, reafirma-se a importância de práticas profissionais críticas e propositivas, que busquem não apenas a superação das barreiras institucionais, mas também o fortalecimento da rede socioassistencial como espaço de proteção social e promoção da emancipação política.

A integração entre os serviços da Assistência Social e os demais setores é essencial para garantir a integralidade do atendimento e o reconhecimento da totalidade dos sujeitos. Por exemplo, o trabalho articulado entre os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) pode contribuir de forma significativa para o acompanhamento de famílias em situação de vulnerabilidade, promovendo tanto o acesso à proteção social quanto à atenção básica à saúde.

No entanto, a efetivação da intersetorialidade requer a superação de práticas fragmentadas, o fortalecimento do diálogo interinstitucional e a construção de fluxos articulados entre os serviços. Também exige formação contínua dos trabalhadores do SUAS e o reconhecimento do papel estratégico do assistente social na articulação de redes, na análise crítica dos territórios e na incidência política em defesa dos direitos sociais.

Dessa forma, compreender a importância da intersetorialidade não apenas como um princípio, mas como prática concreta, é essencial para ampliar o alcance e a eficácia da rede socioassistencial, garantir a proteção social de forma integral e

reafirmar o compromisso ético-político da profissão com a defesa dos direitos humanos e da justiça social.

Como sabemos, são inúmeros desafios impostos para os/as assistentes sociais e, sem dúvidas, no espaço institucional do qual foi apresentado anteriormente, não é diferente. É preciso driblar as maiores dificuldades para a viabilização dos direitos básicos do usuário diante da nossa atual política de saúde. Histórias daqueles que procuram o serviço e não são entendidos ou que vivem em silêncio estas pessoas podem ser pelas instâncias de confiança perdida baseadas em situações como estas: pessoas esperando horas em filas apenas para serem mostradas a outras filas.

4 CONTRADIÇÕES E DIFICULDADES NA MATERIALIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS

A consolidação dos direitos sociais no Brasil é permeada por profundas contradições e desafios que impactam diretamente a sua efetivação. Apesar da existência de um arcabouço jurídico que assegura tais direitos — como previsto na Constituição Federal de 1988 —, sua realização plena ainda esbarra em fatores estruturais, econômicos e políticos.

“A realidade social impõe que o assistente social, em sua prática, não apenas atenda à demanda imediata dos usuários, mas também se posicione criticamente diante das contradições estruturais do sistema, que fragilizam a efetivação dos direitos sociais.” (IAMAMOTO, 2010, p. 54).

Entre as principais contradições, destaca-se o descompasso entre a legislação que reconhece os direitos sociais e as práticas institucionais que, muitas vezes, limitam ou negam o acesso a esses direitos. A persistência de desigualdades sociais, a insuficiência de investimentos públicos e a fragmentação das políticas sociais contribuem para a manutenção de um cenário em que o acesso a serviços básicos, como saúde, educação, moradia e assistência social, é desigual e precário.

Segundo Iamamoto (2010), o assistente social deve atuar não apenas com foco na demanda imediata dos usuários, mas também com uma postura crítica diante das contradições e desigualdades estruturais que dificultam a plena concretização dos direitos sociais no Brasil.

Além disso, o contexto de ajustes fiscais e cortes orçamentários compromete a capacidade do Estado de garantir políticas públicas universais e de qualidade. Essa

realidade evidencia a tensão existente entre os princípios constitucionais de justiça social e as práticas neoliberais que priorizam a lógica do mercado em detrimento da proteção social. Os profissionais do Serviço Social, inseridos nesse contexto contraditório, enfrentam cotidianamente o desafio de mediar às demandas da população pauperizadas com as limitações impostas pelas instituições. Tal mediação exige não apenas competências técnicas, mas também um posicionamento ético-político crítico, que busque denunciar as desigualdades e afirmar a luta por direitos. Assim, a materialização dos direitos sociais permanece como um processo em construção, permeado por avanços e retrocessos, exigindo a constante mobilização da sociedade civil, dos movimentos sociais e dos profissionais comprometidos com a transformação social.

“A sociedade capitalista, ao mesmo tempo em que reconhece os direitos sociais, impõe limites ao seu alcance, evidenciando as contradições entre a legislação e as condições materiais de acesso aos direitos.” (NETTO, 2011, p. 88). Descompromisso e omissões nas gestões se refletem nas políticas de saúde e de assistência social, sim, é possível afirmar que o descompromisso e as omissões por parte das gestões públicas impactam diretamente as políticas de saúde e de assistência social voltadas à população em situação de rua, comprometendo sua eficácia e equidade. Embora tais políticas sejam concebidas com o objetivo de atender a todos os segmentos da sociedade de forma justa, na prática, observa-se uma série de falhas estruturais e operacionais que revelam a fragilidade do compromisso do Estado com essa população.

O problema central reside na desconexão entre a formulação e a implementação das políticas públicas. Muitas vezes, os programas e serviços não consideram as especificidades da população em situação de rua, como a falta de documentos, a mobilidade constante e a vulnerabilidade extrema. Além disso, há uma tendência de ações pontuais ou emergenciais, sem continuidade, planejamento integrado ou articulação intersetorial, o que inviabiliza a construção de políticas duradouras e efetivas.

Portanto, a ausência de uma abordagem comprometida e inclusiva contribui para a perpetuação da exclusão social desse grupo. O que se problematiza, nesse contexto, é a distância entre o princípio da universalidade dos direitos e a realidade de acesso desigual, marcada por barreiras institucionais, preconceitos e negligência histórica. É preciso, assim, repensar as práticas de gestão pública, com foco na

responsabilização, participação social e na garantia de direitos como eixo central das políticas voltadas à população em situação de rua.

Mas, em relação à população em situação de rua existem muitas contradições, a ausência para permanecer no campo e a dificuldade de depender de ocasiões efêmeras destacam que isso está faltando em termos de Estado no desenvolvimento a longo prazo. O que acontece no papel muitas vezes não se sustenta. No entanto, existem iniciativas que oferecem perspectivas; projetos comunitários como a “Rede Solidária”, que fornece assistência médica e psicológica a pessoas em situação de rua, demonstrando que é possível criar um lugar de aceitação e respeito.

Esses movimentos, que foram em sua maioria liderados por voluntários comuns e ONGs, demonstram e inspiram mudanças em todos os níveis, desde que haja vontade política.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo destaca que apesar dos esforços para inserção da população em situação de rua nos serviços de saúde e assistência social, há muito por se avançar. É preciso investir na capacitação e sensibilização dos profissionais, burocratizar menos os processos, além disso, é preciso ter recursos e estratégias efetivas nas políticas públicas. Mas, a verdadeira mudança só virá quando tivermos um compromisso coletivo com os direitos sociais. Além disso, ainda temos que falar contra o preconceito que existe na sociedade. Só juntos poderemos construir uma sociedade mais justa. Para que todos tenham acesso a serviços de saúde e assistência social! Partindo dessa premissa, o/a assistente social no campo da saúde efetiva uma articulação com as demais políticas. Pode-se destacar que “Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.” (CFESS, 2009, p.41). Logo, é preciso que este seja qualificado para lidar com as possibilidades e limites da prática, conforme o levantamento de uma postura reflexiva e crítica para saber enfrentar as demandas que são expostas diariamente. Assim, fica evidente a importância de um aprofundamento metodológico e teórico, do qual possa viabilizar o acesso aos direitos dos usuários entre as Políticas de Saúde e de Assistência Social.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1934). Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934. Rio de Janeiro: Senado Federal, 1934.

BRASIL DE FATO PB. **MPPB alerta sobre dados e direitos da população em situação de rua na Paraíba através de campanha nacional. 2024.** Disponível em: <https://www.brasildefatopb.com.br/2024/08/28/mppb-alerta-sobre-dados-e-direitos-da-populacao-em-situacao-de-rua-na-paraiba-atraves-de-campanha-nacional>. Acesso em: 27 abr. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências (LOAS). Diário Oficial da União, Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Brasília: MDS, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza; HERINGER, Rosana. **Políticas sociais no Brasil: organização e expansão da proteção social.** São Paulo: Cortez, 2002.

CÂMARA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE. **População de rua é tema de audiência pública na Câmara Municipal. 2024.** Disponível em: <https://www.camaracg.pb.gov.br/populacao-de-rua-e-tema-de-audiencia-publica-na-camara-municipal>. Acesso em: 27 abr. 2025.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. **Assistentes sociais na política de saúde: desafios frente ao projeto ético-político profissional.** Brasília: CFESS, 2011.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2008.

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

IPEA. **População em situação de rua: avanços e desafios para as políticas públicas.** Brasília: IPEA, 2015.

MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene; UCHÔA, Roberta. In: **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez¹; OPAS, 2009. 408 p.

NETTO, José Paulo. **Serviço Social e formação profissional: o dilema da prática e da teoria.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PASTORE, J. **Desigualdade social e pobreza no Brasil.** São Paulo: Editora SENAC, 2005.

SILVA, M. B.; GUIMARÃES, L. A. **Políticas públicas e a saúde da população em situação de rua: desafios e perspectivas.** In: Revista de Saúde Pública, 2011., p.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **População em situação de rua: uma questão de direitos humanos.** São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **População em situação de rua: uma questão de direitos humanos.** São Paulo: Cortez, 2009.

YASBEK, Maria Carmelita. **A assistência social na trajetória das políticas sociais no Brasil.** In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (Orgs.). Política social: alternativas ao neoliberalismo. São Paulo: Cortez, 2006.

YASBEK, Maria Carmelita. **A perda da centralidade do trabalho e a crise dos direitos sociais.** São Paulo: Cortez, 2005.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Política social: fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2021.