



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

YASMIN NÓBREGA DA SILVA

**O PROGRAMA CONSULTÓRIO NA RUA: OS DESAFIOS DA POLÍTICA
NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATUAL
CONJUNTURA**

NATAL – RN

2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências Sociais Aplicadas -

Silva, Yasmin Nóbrega da.

O Programa consultório na rua: os desafios da política nacional para a população em situação de rua na atual conjuntura / Yasmin Nóbrega da Silva. - 2019.

61f.: il.

Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Serviço Social. Natal, RN, 2019.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosângela Alves de Oliveira.

1. População em Situação de Rua - Monografia. 2. Consultório na Rua - Monografia. 3. Direitos - Monografia. I. Oliveira, Rosângela Alves de. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

YASMIN NÓBREGA DA SILVA

O PROGRAMA CONSULTORIO NA RUA: OS DESAFIOS DE UMA POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATUAL CONJUNTURA

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosângela Alves de Oliveira.

NATAL – RN

2019

YASMIN NÓBREGA DA SILVA

O PROGRAMA CONSULTORIO NA RUA: OS DESAFIOS DE UMA POLÍTICA NACIONAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATUAL CONJUNTURA

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Data de aprovação ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr. Rosângela Alves de Oliveira (Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof.^a Dr. Edla Hoffmann
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof.^a Dr. Miriam de Oliveira Inácio
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

À Joelma Nóbrega de Morais (*in memoriam*),
minha mãe amada, a mulher que me ensinou a ser
independente e convicta dos meus objetivos.

Ao meu pai, Francisco Yannmar da Silva, cujo
suporte emocional, carinho e amor, serei
eternamente grata.

À minha querida madrastra, Teresinha Cristiane
Oliveira, pelo cuidado, atenção e confiança
depositadas mim.

AGRADECIMENTOS

Não seria possível chegar ao fim dessa jornada sozinha, por isso, não posso de deixar de mencionar as principais pessoas que me apoiaram e contribuíram para esse encerramento. Nesse período de crescimento, pude construir grandes relações de confiança, as quais foram meu alicerce durante esse desafio. Por isso, agradeço a minha grande amiga Dayanne Katherine de Oliveira, afinal, foi você quem me influenciou para o Serviço Social no nosso ensino médio, sua companhia me inspirou e inspira, obrigada pelas conversas, conselhos e apoio nos períodos mais difíceis.

Esse trabalho não seria possível sem o estímulo e confiança do meu companheiro Leonardo Souza da Silva Júnior, que esteve ao meu lado, ajudou durante os desabafos e até mesmo com ideias e com os detalhes. Por fim, a minha orientadora, Rosângela Alves de Oliveira, principalmente pela paciência e apoio com minhas dificuldades com esse trabalho.

RESUMO

O Trabalho de Conclusão de curso nomeadamente *O Programa Consultório na Rua: Os Desafios da Política Nacional para a População em Situação de Rua na Atual Conjuntura* tem como objeto de estudo o Programa Consultório na Rua em Natal como expressão das contradições do modo de produção capitalista. Apresentamos como objetivo geral analisar as particularidades do Programa Consultório na Rua e suas possibilidades no contexto do Capital. Os objetivos específicos são: entender a formação sócio histórica da População em Situação de Rua no modo de produção capitalista; analisar o contexto neoliberal e a criação do Programa Consultório na Rua e; averiguar os limites e possibilidades do Serviço Social na Política Nacional para População em Situação de Rua. Quanto a metodologia desse trabalho de conclusão, a discussão aqui trazida teve como paradigma de pesquisa social, a perspectiva dialética marxista. Quanto aos procedimentos metodológicos da pesquisa, a opção foi pela revisão bibliográfica e documental sobre a temática com a abordagem quantitativa e qualitativa. Com isso posto, o diálogo foi construído sobre a análise teórica das principais estudiosas da área, Maria Lúcia Lopes da Silva, com seus estudos sobre o impacto do trabalho sobre a População em Situação de Rua no Brasil; Joseane Soares Santos, a qual estrutura a discussão sobre a Questão Social, de forma a clarear como as particularidades implicam as características da População em Situação de Rua e como esse fenômeno não está desassociado ao capitalismo no mundo e no Brasil e; Marilda Vilela Iamamoto, cujo trabalho teórico traz luz à atuação do Serviço Social, desde suas origens aos dias atuais, expondo as renovações conservadoras da profissão nessa conjuntura. Com isso, esse estudo é possível afirmar que a atuação profissional se encontra tensionada entre a disputa de hegemonia dos projetos da Reforma Sanitária e do projeto Neoliberal, o que demanda do profissional a coerência e apropriação do Projeto Ético Político, visando a ampliação do acesso à saúde da População em Situação de Rua, desmistificação do imaginário social dos profissionais de saúde quanto as particularidades e vulnerabilidades dessa População.

Palavras-chaves: População em Situação de Rua, Consultório na Rua, Direitos

ABSTRACT

The Undergraduate thesis, namely *The Street Clinic Program: The Challenges of the National Policy for the Street Population in the Current Conjuncture* has as its object of study the Street Clinic Program in Natal City as an expression of the contradictions of the capitalist mode of production. We present as a general objective to analyze the particularities of the Street Clinic Program and its possibilities in the context of Capital. The specific objectives are: to understand the social historical formation of the Street Population in the capitalist mode of production; analyze the neoliberal context and the creation of the Street Clinic Program; investigate the limits and possibilities of Social Work in the National Policy for Street Population. As for the methodology of this concluding work, the discussion brought here had as paradigm of social research, the Marxist dialectical perspective. Regarding the methodological procedures of the research, the option was for a bibliographic and documentary review on the theme with a quantitative and qualitative approach. Thus, the dialogue was built on the theoretical analysis of the main scholars of the area, Maria Lúcia Lopes da Silva, with their studies on the impact of the work on the Street Population in Brazil; Joseane Soares Santos, which structures the discussion on the Social Question, in order to clarify how the particularities imply the characteristics of the Street Population and how this phenomenon is not disassociated with capitalism in the world and in Brazil; Marilda Vilela Iamamoto, whose theoretical work brings light on the work of Social Work, from its origins to the present day, exposing the conservative renewals of the profession at this juncture. With this, this study can be said that the professional performance is tensioned between the hegemony dispute of the Sanitary Reform project and the Neoliberal project, what demands from the professional the coherence and appropriation of the Political Ethical Project, aiming at expanding access to health of the homeless population, demystifying the social imaginary of health professionals regarding the particularities and vulnerabilities of this Population.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Centro POP	Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua
CRDH/RN	Centro de Referência em Direitos Humanos do Rio Grande do Norte
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INICIES	Incubadora de Iniciativas de Empreendimentos Solidários
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MNPRN	Movimento Nacional da População em Situação de Rua do Rio Grande do Norte
MPC	Modo de Produção Capitalista
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2. IMPLICAÇÕES DA EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	177
2.1 A População em Situação De Rua No Brasil.....	22
2.2 O Movimento Nacional da População em Situação de Rua.....	27
3. AS DETERMINAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E SUA CORRELAÇÃO COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	32
3.1 Determinações Sociais de Saúde.....	32
3.2 As Condições de Saúde da População em Situação de Rua.....	36
3.3 O Programa Consultório Na Rua.....	37
4 O ESPAÇO DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL.....	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	57

1. INTRODUÇÃO

Para entendermos a proposta desse trabalho de conclusão de curso, são apresentadas as origens da sociabilidade capitalista, o movimento de desapropriação dos camponeses de suas terras, o processo de industrialização e urbanização característicos do Capital. É presente também, o debate da “questão social”, impensável sem a discussão sobre o capitalismo, pois são suas expressões que rebatem na condição da vida da classe trabalhadora, determinadas nessa sociabilidade.

Por estar sempre presente em qualquer período histórico, a População em Situação de Rua é compreendida aqui como intrínseca ao capital, por ser uma das expressões da “questão social”. Está situada no pauperismo e no *lumpem proletariado*, em ambos estão a parte da classe trabalhadora que não consegue vender sua única mercadoria, a força de trabalho, estando relegadas a extrema pobreza, fome, doenças preveníveis e diversas expressões de violência e vulnerabilidade.

De forma que, para o capital manter os salários, logo, a exploração da mão de obra do trabalhador é preciso um grande contingente de sujeitos que não são absorvidos pelo mercado. Criando uma miséria generalizada, que dependendo do período histórico será relativa ou absoluta, o que implicará diretamente na condição de vidas nas ruas.

Na formação histórica e social brasileira, a escravidão está diretamente relacionada com o processo social da População em Situação de Rua, com a promulgação da Lei Áurea, as negras e negros escravizados não tiveram nenhum suporte do Estado para acessar o mercado de trabalho e as políticas públicas. Segundo Cerqueira (2011) na época houve um forte incentivo na política externa para trazer imigrantes europeus e japoneses ao país, claramente uma tendência higienista e embranquecedora. Sendo assim, os postos de trabalho que surgiam na indústria foram ocupados com a mão de obra imigrante. A mão de obra servil dos negros, foi utilizada nos serviços secundários e braçais, ou seja, a mão de obra imigrante conseguiu ser absorvida na economia em desenvolvimento no país, entre ela a manufatura, além das lavouras de café, em que os assalariados eram mais vantajosos, financeiramente.

Compreende-se a partir desse resgate histórico, que a abolição da escravatura lançou as ruas milhares de ex-escravos. Estes, sem emprego, moradia, e condições nem condições para prover sua sobrevivência, vagavam pelas cidades praticando a mendicância, cometendo pequenos furtos ou submetendo-se a condições deploráveis de trabalho. [...] O fim da escravidão, portanto, refletiu de forma significativa nos primeiros movimentos das pessoas em direção as ruas no Brasil (CERQUEIRA, 2011, p. 68-69).

O que nos dias atuais reflete na maioria da População em Situação de Rua se considerar negra, ou seja, uma marca histórica do ciclo de pobreza no Brasil, determinado pela escravização dos povos negros na gênese de nossa história econômica e social.

Além disso, no início do século XX, o movimento sanitário-higienista possuiu papel emblemático no processo social da População em Situação de Rua naquele período. Pois, na perspectiva desse movimento, o foco de doenças e mal-estar da pequena elite brasileira era originado nos cortiços. Estes eram o local onde os sujeitos descendentes dos escravizados e imigrantes pobres habitavam (LOPES, 2006).

Com a ausência de apoio estatal as condições de vida eram extremamente precárias, logo as condições de saúde também. Além do mais, como expõe Cerqueira (2011, p. 71), “o local que os médicos apontaram como foco das epidemias era, portanto, o palco para o desenvolvimento desenfreado para o desenvolvimento do vício e do crime, pois ali se concentravam as ‘classes perigosas”.

Na perspectiva elitista e para o bem das elites, os cortiços foram destruídos para possibilitar a execução de projetos urbanísticos. Projetos que não incluíram o déficit populacional já existente e agravado com a destruição dos cortiços. Todos os seus habitantes foram destituídos de seu local de moradia (LOPES, 2006).

Resultado desse processo foi o surgimento das favelas. Sem condições financeiras, os pobres, principalmente os negros, habitaram as regiões menos cobiçadas pelas classes dominantes, construindo suas casas de forma improvisada em locais vulneráveis. Continuando em situação inadequada de habitação e higiene (LOPES, 2006).

Por outro lado, acirravam-se as lutas de classe no país, culminando em 1930 na compilação da legislação trabalhista, a qual não abordou a totalidade da população brasileira. Em termos econômicos desse período até 1980 observa-se no país um processo de crescimento da economia. Contudo, nem sempre crescimento econômico é acompanhado por efetivo desenvolvimento, tanto que no mesmo período não houve políticas públicas efetivas para reduzir significativamente as desigualdades sociais. Fica claro, nesse momento histórico, as expressões da questão social (LOPES, 2006).

O crescimento econômico, centrado principalmente no eixo Rio-São Paulo, agravou ainda mais a situação de moradia da classe trabalhadora. Uma vez que, o processo de migração da população brasileira, a qual buscava nas regiões mais industrializadas melhores perspectivas de vida, aprofundou o déficit habitacional. Esses sujeitos não eram absorvidos pelo mercado de

trabalho, logo sem condições de sobrevivência, ou ficaram nas ruas, ou construíram suas vidas nas favelas (LOPES, 2006). Nas palavras de Cerqueira (2011),

[...] a migração de famílias e indivíduos aumentou significativamente a disparidade entre as classes sociais, ao passo que não havia moradia e nem trabalho para todos os que buscavam. O aumento do número de pessoas em situação de rua também era esperado como consequência da expansão do capital, da formação do exército industrial de reserva e da oferta sempre maior que a demanda por trabalho (CERQUEIRA, 2011, p. 73).

Na contemporaneidade do país, década de 1990 aos dias atuais, a População em Situação de Rua participou de algumas mudanças após a instauração do projeto econômico Neoliberal¹ no Brasil. O que provocou muitas tensões entre a esfera do Estado e própria população em questão, ocasionando no surgimento do Movimento Nacional da População em Situação de Rua em 2005 e a Política Nacional para a População em Situação de Rua em 2009.

Esse período histórico é marcado por contradições de classe, o que é inerente ao Capital. Ao mesmo tempo que ele empurra parte da população para as ruas, esses sujeitos, conseguiram se organizar e reivindicar os seus direitos, cuja tensão resultou na promulgação em 2009 da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Além disso, houve pequenas mudanças no perfil da própria população, foi observado que o nível de educação aumentou, inclusive de sujeitos com ensino superior, como mostra Maria Lúcia Lopes da Silva (2006). Afirma a autora que o desemprego também alcançou as pessoas com graus de educação elevados e trouxe a mulher para viver nas ruas apesar de ser a minoria, essa população tem crescido nesse espaço.

Silva (2006), expõe também que a População em Situação de Rua vem das próprias capitais, explica a própria autora,

Os dados de todas as cidades sobre a origem da população em situação de rua revelam que os problemas inerentes às metrópoles no capitalismo contemporâneo, como o aprofundamento do desemprego, das desigualdades sociais e da pobreza, são determinantes na produção do fenômeno na atualidade. Revelam também que houve

¹ O Neoliberalismo se trata da reestruturação econômica do Capital após a crise produtiva da década de 1970, o qual, nas palavras de Montaño, suas reformas trouxeram: “[...] significativas alterações no perfil do cidadão, cada vez mais ligado ao consumo no lugar do trabalho; transformações na legislação trabalhista, tais como “flexibilização” e eliminação de leis que visam garantir direitos conquistados do trabalhador; na base democrática, cada vez menor participação da sociedade nos processos decisórios nacionais; constituição de um “novo contrato social” que substitua o do período fordista/keynesiano. Tudo isto emoldura um processo central: a configuração de uma nova modalidade de trato à ‘questão social’”. (MONTAÑO, 2002, p.1)

redução do peso do chamado êxodo rural na produção do fenômeno no último quinquênio [sic] do período estudado. (SILVA, 2006, p. 120)

Esse perfil difere do perfil da População em Situação de Rua no período até 1980, a qual era oriunda da zona rural, com baixa escolaridade e o gênero sempre em crescimento eram de homens. Já que na década de 1990 a maior parte da população brasileira já se concentrava na zona urbana.

Outra marca trazida por Silva, é que o tempo de permanência na rua aumentou. O período estudado por ela compreendeu o intervalo de 1995 a 2005, e durante de 1995 a 2000, a maior parte se concentrava em até um ano morando na rua. Mas, de 2000 a 2005 a concentração mudou para até cinco anos na rua.

Durante esse momento, não havia nenhuma política pública voltada para essa população em si, a qual recebia paliativos das ONGs. E nesse período o país sofreu com o alto índice de desemprego, junto com a precarização do mundo do trabalho, elevação da pobreza, recuo das políticas públicas e, por conseguinte, o aprofundamento das desigualdades sociais no Brasil.

Por outro lado, nesse mesmo momento histórico, foi criado o Movimento Nacional da População em Situação de Rua no ano de 2005. E esse movimento foi criado após a mobilização de grupos da População em Situação de Rua de São Paulo e Belo Horizonte após a chacina da Praça da Sé em 2004. Apesar que desde da década de 1960 é observado algumas organizações em luta de melhores condições de vida dessa população, com maior vigor em 1990. Somente em 2005 foi criado o movimento social que abrangeu as particularidades desses sujeitos.

Não podemos negar na história que somente com a luta, as políticas sociais são conquistadas e com a População em Situação de Rua não foi diferente. Décadas sem políticas que abarcassem e respeitassem as suas particularidades e que discutissem estratégia para melhores condições de vida. Quatro anos depois da criação do Movimento, foi decretada em 23 de dezembro de 2009, sob o número 7.053, a Política Nacional para a População em Situação de Rua pelo então presidente, Luís Inácio Lula da Silva.

Dessa política descartamos os seus princípios:

- I - respeito à dignidade da pessoa humana;
- II - direito à convivência familiar e comunitária;
- III - valorização e respeito à vida e à cidadania;
- IV - atendimento humanizado e universalizado; e
- V - respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

Trazendo esse debate para os anos de 2010 até hoje, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada com a sua pesquisa de 2015 estima que há 101.824 pessoas em situação de rua. Pesquisas das prefeituras de São Paulo² e Rio de Janeiro³ de 2016 informam que a quantidade dessa população triplicou em 3 anos. Mostrando o aprofundamento dessa questão nos dias mais atuais, as tendências estudadas por Silva durante 1995 a 2005, continuam se fazendo presente treze anos depois.

Apesar de no Neoliberalismo observarmos o aprofundamento da pobreza, da desigualdade social que agravou o fenômeno População em Situação de Rua, foi nesse período histórico que o Estado reconheceu esse problema legalmente, reconhecendo através da Política Nacional, a luta antiga desses sujeitos. Afinal, o mundo Capitalista é perpassado pelas suas contradições.

Para responder o nosso objeto de pesquisa optamos pela análise da realidade tendo como referência a perspectiva dialética. Quanto aos procedimentos metodológicos da pesquisa a opção foi pela revisão bibliográfica e documental sobre a temática com a abordagem quantitativa e qualitativa. Ao falar sobre metodologia de pesquisa social Deslandes, (1993) afirma que esta é constituída não só pelo método, mas também com o esforço teórico. Afirma a autora:

Um projeto de pesquisa constitui a síntese de múltiplos esforços intelectuais que se contrapõem e se complementam [...]. Para isso, ele vai precisar articular informações e conhecimentos disponíveis [...] usar certas tecnologias (o uso de internet ou de certos programas, por ex.), empregar sua imaginação e emprestar seu corpo ao esforço de realizar a tarefa. (DESLANDES. 1993, p.31)

Isso é necessário devido à complexidade da realidade cotidiana e a limitação inerente, ao ser humano, já que um simples sujeito não tem a capacidade de dialogar com todos os saberes criados. Toda pesquisa é fruto de uma colaboração conjunta e histórica. Conjunta porque o pesquisador irá se basear em pesquisas já realizadas, seja para fundamentar uma nova tese ou

² Informação retirada do artigo Cresce o número de moradores de rua em São Paulo e no Rio de Janeiro publicado pelo Profissão Repórter em 12/07/2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/profissao-reporter/noticia/2017/07/cresce-o-numero-de-moradores-de-rua-em-sao-paulo-e-no-rio-de-janeiro.html>> Acesso em: 30/09/2018

³ Informação vista no artigo, Número de pessoas em situação de rua aumenta mais de 150% em 3 anos no Rio, publicado pela Agencia Brasil em 04/06/2017. Disponível em: ><http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-06/numero-de-pessoas-em-situacao-de-rua-aumenta-mais-de-150-em-3-anos-no-rio><. Acesso em: 30/09/2018

para corroborá-la. Histórica porque todo conhecimento está localizado em um período histórico, no lugar do sujeito no *aqui e agora*.

Tendo isso posto, esse trabalho foi dialogado com as principais teóricas que guiaram esse trabalho, Maria Lúcia Lopes da Silva, Maria Vilela Iamamoto, Maria Lúcia Duriguetto, Calos Montaña. No âmbito documental, foi utilizado leis, o Manual de Cuidado Junto à População em Situação de Rua e relatórios quantitativos da População em Situação de Rua e as leis que determinam o Consultório na Rua.

Esse trabalho de conclusão de curso foi pensado a partir da experiência no Consultório na Rua, através do estágio curricular obrigatório nos dois semestres de 2016. Sendo que no primeiro se deu na equipe da Unidade Básica de Saúde – São João, e o segundo na Unidade Mista de Saúde de Mãe Luiza. Ao participar, mesmo que brevemente, dessa realidade houve o contato com os desafios da atuação profissional nesse espaço e esse trabalho foi criado para entender o que está por trás dos limites da intervenção profissional da assistente social nesse no Programa Consultório na Rua.

O conteúdo do presente estudo está organizado em quatro capítulos, para além deste introdutório. O primeiro trata das implicações da questão social sobre a População em Situação de Rua, dentro disso, a População em Situação de Rua no Brasil e o papel do Movimento Nacional da População em Situação de Rua. O segundo traz debate sobre o Consultório na Rua, localizando o Programa dentro da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Ainda, discute as determinações de saúde dessa população e como as precárias condições de vida impacta no processo de saúde-doença e como essas particularidades determinam as ações do Consultório na Rua.

O terceiro debate as origens do SUS e como se atrela ao Projeto Ético Político Profissional, dessa forma, localizando o Serviço Social na atuação do Consultório na Rua e os seus desafios e potencialidades no Programa. Com isso, não podemos deixar de iniciar o debate sobre os desafios da atuação profissional do assistente social no Consultório na Rua. A sua atuação nesse programa é desenvolvida em conjunto com a equipe multidisciplinar, ou seja, com profissionais de outras áreas de conhecimento. A ação profissional é tensionada dentro da conjuntura de redução da ação do Estado nas políticas públicas e na própria dinâmica do Consultório na Rua.

2. IMPLICAÇÕES DA EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O processo de formação da População em Situação de Rua no capitalismo é um fenômeno multideterminado, gesta-se no pauperismo, logo, é uma das expressões da “questão social” cuja origem se detém no período da acumulação primitiva do capital, que ocorreu entre o final do século XV e meados do século XVIII, processo intrínseco a formação do modo de produção capitalista. Nas palavras de Netto e Braz (2013),

[...] para que surja e se desenvolva o modo de produção capitalista, é preciso que se confrontem homens que dispõem de recursos para a comprar a força de trabalho como mercadoria e homens que só dispõem de sua força de trabalho como a única mercadoria que tem para vender (NETTO; BRAZ. 2013, p. 98).

Conforme Netto e Braz (2013), a acumulação primitiva do capital ocorreu de maneira mais clássica na Inglaterra onde os camponeses foram expulsos de suas terras para a produção de lã, a qual não requeria a mão de obra de muitos homens. Para sobreviverem, os camponeses foram forçados a migrar para as cidades industriais. Já que não havia mais espaço no campo, tomado por rebanhos, assim, os camponeses foram forçados a vender sua mão de obra e se tornaram assalariados. Sobre isso,

Com essa polarização do mercado estão dadas as condições fundamentais da produção capitalista. [...] Trata-se do] processo de separação do trabalhador da propriedade das condições de seu trabalho, um processo que transforma, por um lado, os meios sociais de subsistência e de produção em capital, por outro os produtores diretos em trabalhadores assalariados. (NETTO; BRAZ. 2013. p. 99)

Noutras palavras, o processo de assalariamento dos camponeses é a marcação do Modo de Produção Capitalista - MPC, em que há a separação dos detentores da produção e os detentores da força de trabalho. Em suma, os camponeses expulsos se tornaram detentores apenas da sua força de trabalho. Por consequência disso, houve uma explosão de mão de obra nas cidades, as quais não foram absorvidas nas fábricas, o *lumpen proletariado*, ou, exército industrial de reserva (NETO E BRAZ, 2013). Com isso,

Assim, o desenvolvimento do capitalismo quebra as resistências à criação de uma superpopulação relativa ou exército industrial de reserva, que mantém a oferta e a procura de trabalho e também os salários em sintonia com as necessidades de expansão do capital. Isso é a maior expressão do domínio do capitalista sobre o trabalhador. Portanto, a reprodução do fenômeno população em situação de rua ocorre

no processo de acumulação do capital, no contexto da produção contínua de uma superpopulação relativa, excedente à capacidade de absorção pelo capitalismo. (SILVA, 2006, p. 75)

Dessa forma, na lógica de Silva (2006), o *lumpen proletariado*, controla os trabalhadores. Em outras palavras, a acumulação capitalista não acontece com a liberdade do trabalhador, mas com seu controle, e uma forma primordial é por meio do desemprego, o *lumpen*, é a reserva do capital. A maior oferta de mão de obra e não de trabalho, desvaloriza o salário, mantendo os lucros capitalistas.

Com o desenvolvimento do capitalismo, é gestada a “questão social” que a ele é inerente. Uma vez que o modo de produção capitalista necessita da *mais-valia*, ou seja, do lucro. Isso decorre do processo de produção de mercadoria, na qual é intrínseca a compra da força de trabalho que produz no tempo socialmente necessário a mercadoria. O valor da força de trabalho nunca corresponderá ao valor final da mercadoria, dessa forma haverá sempre a *mais-valia* (SILVA, 2006).

Assim, no MPC, o capitalista compra os meios de produção, e a força de trabalho, que gera a *mais-valia*, após a venda da mercadoria. Para o capitalista se manter nesse processo, por causa da concorrência, ele se vê obrigado a investir a maior parte da *mais-valia* na compra de meios de produção (reprodução ampliada do capital) para diminuir o tempo socialmente necessário da mercadoria. Isso faz com que o mesmo trabalhador produza mais mercadorias no mesmo tempo de trabalho, ou seja, aumenta a produtividade e logo, a *mais-valia*. Sobre isso, Santos (2015) dispõe que

[...] a gênese da ‘questão social’ é explicada pelo processo de acumulação ou reprodução ampliada do capital. Esse processo remete à incorporação permanente de inovações tecnológicas pelos capitalistas, tendo em vista o aumento da produtividade do trabalho social e a diminuição do tempo de trabalho socialmente necessário à produção de mercadorias. Essa tendência por sua vez, produz um movimento simultâneo de aumento do capital constante e diminuição do capital variável, que corresponde à força de trabalho. (SANTOS, 2015, p. 26)

Santos (2015) ainda alerta sobre o risco de não diferenciar a pobreza e a miséria de outros modos de produção com o modo de produção capitalista. Visto que nos momentos históricos anteriores ao capitalismo a miséria e a pobreza decorria da baixa tecnologia que deixava as produções a mercê dos fatores naturais, ocasionando a escassez de produtos. A pobreza era determinada pela escassez. Por outro lado, no MPC a produção de riqueza aumenta

enquanto que também aumenta a miséria, pois a acumulação do excedente de produção é privado, porém a produção é social. Surge assim o pauperismo.

Silva (2006), expõe que o pauperismo está historicamente situado no século XIX, período das grandes indústrias, marcado pelas horas de trabalhado extenuantes, exploração do trabalho de crianças e mulheres, condições precárias de trabalho, moradia, salários insuficientes. Em consequência das péssimas condições de vida da classe trabalhadora, os sujeitos eram empurrados cada vez mais para os centros urbanos, onde se localizava as fábricas que concentravam a mão de obra dos trabalhadores, aliada a pouca estrutura urbana, intensificava ainda mais a miséria. Expressão disso fora as epidemias que cercavam as cidades. Na perspectiva de Silva (2006),

O pauperismo é a parte da superpopulação relativa composta dos aptos para o trabalho, mas que não são absorvidos pelo mercado; dos órfãos e filhos de indigentes e dos incapazes para o trabalho (as pessoas com deficiências, que as incapacitam para o trabalho, pessoas idosas, enfermos, etc). é a camada da superpopulação relativa que vive em piores condições. (SILVA, 2006, p. 78)

Sob essas condições eclodiram diferentes movimentos da classe trabalhadora, porém já antes desse período já havia algumas manifestações contra as novas condições de vida, porém não abalaram a estrutura do capitalismo. Após 1830, as revoltas se tornaram mais organizadas e ameaçadoras, como exemplo o “cartismo”, localizado na Inglaterra entre 1839 e 1847, é reconhecido devido a “Carta do Povo” que reivindicava a participação política dos trabalhadores homens e melhores condições de trabalho, mobilizando mais de três milhões de assinaturas. Nesse período se pode demarcar o surgimento da “questão social”.

Na França, em junho de 1848 foi o palco do movimento mais emblemático e mais significativo para a “questão social”. Os trabalhadores se organizaram como “*classe para si*” no contexto a Grande Depressão, em que a baixa produção agrícola que encareceram os custos de vida da classe trabalhadora junto com o aumento do desemprego. Os trabalhadores, sob os conhecimentos do Manifesto do Partido Comunista, aliaram-se contra a “República Social”, reivindicando as pautas reformistas que os beneficiavam na Revolução Francesa, as quais foram ignoradas pela burguesia republicana, após ascenderem politicamente em relação aos aliados à estrutura monárquica.

Dessa forma, os trabalhadores tentaram dissolver a Assembleia Constituinte e tomar a direção para a construção das bases sociais que os beneficiassem de fato, ou seja, pela primeira vez na história a classe trabalhadora teve a oportunidade de construir uma nova sociabilidade.

E expos o antagonismo das duas classes fundamentais do capitalismo. Após três dias de guerra civil a burguesia destruiu o movimento e desmobilizou a luta. Isso marcou a vitória da burguesia republicana.

O intervalo entre 1848 e 1870, foi marcado pela expansão capitalista, porém a Comuna de Paris, em 1870, bloqueia essa expansão e mostra o poder revolucionário da classe trabalhadora. A Comuna apesar de ter durado o período de dois meses, 30 de abril a 5 de maio de 1871, foi a revolução mais significativa para a classe operária no século XIX, e ainda é significativa nos dias atuais. Os operários realizaram mudanças para além do trabalho, mudanças culturais e políticas, as quais iam de encontro a hegemonia do Capital.

Isso foi possível devido ao abandono de Paris pela burguesia francesa, a qual se localizava fora da cidade. Isso permitiu que a classe operária tomasse para si o controle da cidade e das fábricas abandonadas pelos patrões, ou seja, tomou para si os meios de produção e o controle do modo de produção naquele momento histórico. O que refletiu na "Proclamação da Comuna ao Povo Trabalhador de Paris". Quanto a Proclamação, segundo Nascimento (2004, p. 26-27) as medidas que se sobressaíram foram:

- Combate à burocracia - supressão do funcionamento estatal;
- Abolição do exército e sua substituição pelas milícias populares;
- Interdição do acúmulo de cargos;
- Organização de conselhos operários nas fábricas abandonadas pelos patrões;
- Redução da jornada de trabalho para 10 horas;
- Eleição da direção das fábricas pelos trabalhadores;
- Reforma do ensino;
- Revolução cultural do cotidiano.

Esse processo fez com que nas fábricas da comuna todos os processos de decisões fossem realizados democraticamente, escolha do diretório, condições de trabalho, salários, uma verdadeira experiência de autogestão. Excluindo a intermediação do Estado Capitalista, criando um Estado Comuna, já que a gestão econômica e social era realizada diretamente pelos operários por meio das organizações e conselhos operários, ou seja, pelas massas. Nas palavras de Nascimento (2004),

As instituições da Comuna de Paris, estruturalmente novas, criadas no próprio processo real, constituíram as bases materiais de um poder político de novo tipo, ou seja, a extinção do poder político. Um Estado gerido por Conselhos Operários democraticamente eleitos, um Estado Comuna. A Comuna inaugurou a era da expropriação dos expropriados ao decretar a socialização das fábricas abandonadas pelos patrões e ao instaurar um regime de autogestão operária. (NASCIMENTO, 2004, p.27-28)

Além disso, durante esse período breve, a classe operária se apropriou de fábricas bélicas e do estabelecimento industriais do Estado. Tinham a produção de cartuchos, balas de canhão, moeda, impressora nacional, tabaco e sob a gestão dos trabalhadores das fábricas (NASCIMENTO, 2004).

O enfraquecimento da Comuna de Paris ocorreu após a desorganização dos sindicatos depois da repressão do Império e com o cerco de Paris a Comuna é, assim, sufocada dois meses depois, e nesse período até 1930 se segue uma grande crise de superprodução, a qual mobiliza o capital, que refaz suas bases, passando para o período do Capital Monopolista (NASCIMENTO, 2004).

Então, com essa historização, a questão social, é aqui entendida, como consequência dessa sociabilidade classista, em que o projeto burguês condiciona as suas expressões que são determinadas historicamente, socialmente e culturalmente. Assim, a questão social ganha novas roupagens e mantém outras, dependendo do período histórico e do lugar, visto que a depender do espaço, a questão social apresenta particularidades. Essa expressão pode ter características na Europa e se apresentar na América Latina, África ou Ásia de forma diferenciada (SANTOS, 2015).

No campo de luta de classes, os movimentos dos trabalhadores podem ser mais ou menos combativos. Em um cenário favorável, um movimento mais combativo pode ampliar o acesso a melhores condições de vida para uma parcela da classe trabalhadora com investimentos do Estado em políticas sociais. Mesmo nesse caso, se perpetua a exploração desse modo de produção, isto porque a exploração é inerente ao modo de produção no sistema capitalista. No cenário no qual os movimentos dos trabalhadores estão mais fragilizados resulta-se no desmonte de políticas sociais, aprofundando a pobreza e as desigualdades sociais impactando a qualidade de vida da classe trabalhadora em geral.

Com isso posto, a População em Situação de Rua é um fenômeno urbano e situa no *lumpem proletariado*, o qual é intrínseco a essa sociabilidade. Dessa forma, está sujeito às crises cíclicas do capital, ora poderá ser aguda nas crises, ora poderá ser crônicas na estabilidade econômica. “Independente das formas que assume nessas fases cíclicas, a superpopulação relativa assume, continuamente, a forma de população *flutuante, latente e estagnada*, [...]” (SILVA, 2006, p. 76).

Conforme a Silva a População em Situação de Rua *flutuante*, é caracterizado pelo movimento de migração para os centros urbanos, são sujeitos relativamente jovens que são

repelidos ou atraídos. A *latente* engloba as pessoas que foram expulsas da zona rural e são obrigados a vender sua mão de obra nos centros urbanos, mas não são absorvidos. Por fim, a *estagnada* são aqueles que estão em situação de rua e trabalhando, absorvidos pelo mercado informal.

2.1 A População em Situação de Rua no Brasil

A População em Situação de Rua no Brasil está inserida no *lumpen proletariado*, e tem como característica a forma flutuante e latente. Essa característica depende da época e cidade. Durante o período entre 1930 e 1970 com a modernização conservadora que resultou na redução de empregos da área rural, dado e o aumento de empregos nas cidades, a migração se deu do campo para os centros urbanos, resultando na grande população nos polos industriais brasileiros, localizados principalmente nos polos sul-sudeste do país.

No período entre 1980 e 1990 com a reestruturação produtiva a população de origem rural se tornou ociosa com a redução das indústrias, afetando o perfil da População em Situação de Rua, antes maioria de origem rural, agora de origem urbana. A forma estagnada diz respeito à característica que parte da superpopulação de reserva está inserida em empregos informais, mal remunerados, com pouco ou nenhuma cobertura da proteção social (SILVA, 2006).

Assim, essas três formas intercalam entre si, a População em Situação de Rua em sua maioria é composta por sujeitos que se inserem nessas formas, aqueles que estão nas ruas sejam de origem rural, seja de origem urbana (forma latente) são de idade mediana (forma flutuante) desempregados, que tem como meio de sobrevivência empregos informais precarizados (forma estagnada).

O fenômeno População em Situação de Rua é multideterminado uma vez que são diversos fatores que levam os sujeitos a sobreviverem nessas condições, são eles: *estruturais* (falta de moradia, emprego), *biográficos* (quebra de vínculos familiares, doença mental, abuso de álcool e outras drogas) e *fatos da natureza e desastres de massas*. Esses fatores não excluem a base dessas determinações. Está na estrutura do modo de produção capitalista, como expõe o CFESS Manifesta (2014),

Isso revela que o fenômeno não se explica a partir de um único determinante, embora na base de suas determinações estejam as causas vinculadas à estrutura da sociedade capitalista e aos processos próprios da acumulação do capital, como a produção contínua de uma massa de desempregados/as não absorvidos/as pelo mercado. (CFESS, 2014)

Esse fenômeno também é caracterizado como expressão da questão social, posto que, a questão social se expressa nos tensionamentos e contradições da sociedade capitalista e está fundada no antagonismo das duas classes fundamentais. Ora, se a População em Situação de Rua tem sua origem no assalariamento dos camponeses no capitalismo primitivo, que culminou na superpopulação relativa, aquela que não foi absorvida nas indústrias e foi a chave para o controle da classe trabalhadora, só poderia ser considerada como expressão da questão social. Segundo Silva,

[...] a origem do fenômeno e a sua reprodução continua, vinculadas aos processos inerentes à acumulação do capital constituem argumentos centrais da caracterização do fenômeno população em situação de rua como uma expressão radical da questão social. (SILVA, 2006, p. 89)

Outra marca desse fenômeno é a sua localização nos grandes centros urbanos, já que são nesses espaços geográficos onde há maior circulação de capital, logo, maiores oportunidades de emprego e de atividades de geração de renda, individual ou grupal. Os grandes centros urbanos favorece as alternativas de subsistência diária. Como diz Silva (2006, p.91),

[...] as grandes cidades são dotadas de infra-estrutura [sic] mais adequada para esse atendimento. São nos grandes centros urbanos, que se estruturam e atuam as instituições públicas e de caráter filantrópico que fornecem alimentação, abrigo, lavanderias e outro serviços para esse público. Ao mesmo tempo que a arquitetura urbana é mais rica em possibilidades de abrigo que as pequenas cidades.

Não à toa, no Brasil, de acordo com I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua em 2008, estima que 101.854 pessoas estão em situação de rua, de acordo com a Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil, das quais 40,1% habitam municípios de até 900 mil habitantes, 77,02% estão em cidades de grande porte, com mais de 100 mil. Enquanto que 6,63% habita cidades de até 10 mil habitantes.

Além disso, o preconceito como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído pela sociedade as pessoas atingidas pelo fenômeno, é outra característica, pois sempre foi presente a discriminação, expressas muito bem em termos pejorativos às pessoas em situação de rua. Esses estigmas responsabilizam as pessoas em situação de rua por meio de uma suposta falta de caráter e os enxergam como ameaças a sociedade.

Silva (2006) expõe também, as particularidades vinculadas ao território em que se manifesta como outra marca desse fenômeno.

São particularidades decorrentes dos hábitos, dos valores e das características socioeconômicas, culturais e geográficas predominantes no território. Essas especificidades se refletem no perfil socioeconômico, no tempo de permanência nas ruas e nas estratégias de subsistência utilizadas pelas pessoas em situação de rua. (SILVA, 2006, p. 94)

A tendência à naturalização do fenômeno é outra marca, a qual é expressão da responsabilização dos sujeitos, da ausência da responsabilização do Estado por meio de políticas públicas universais e da tendência da sociedade moderna enxergar as expressões da questão social como problemas para serem amenizados.

Em termos gerais, o fenômeno População em Situação de Rua é definido por sua heterogeneidade, uma vez que não o torna composto por um grupo homogêneo, mas sim, por diversos sujeitos, com necessidades, origens e perfis socioeconômicos diversos. Porém existem aspectos comuns que os definem, como a extrema pobreza, entendida aqui como resultado da apropriação privada das riquezas socialmente produzidas, em que sujeitos não conseguem responder as suas necessidades sociais básicas, pois não tem acesso as riquezas produzidas, seja pela ausência de trabalho e renda, seja pelo não acesso as políticas sociais.

Outro aspecto são os vínculos familiares fragilizados ou interrompidos, ocasionados por dificuldades econômicas, ou de orientação sexual, identidade de gênero, desavenças familiares, uso ou abuso de drogas. É importante destacar que essas características não contemplam os catadores de materiais recicláveis, e as vítimas de fatos naturais e enchentes, que tendem a viver com suas famílias em situação de rua.

O terceiro e último aspecto em comum é a inexistência de moradia convencional regular e a utilização da rua como espaço de moradia e sustento, por contingência temporária ou de forma permanente.

De acordo com as pesquisas realizadas pelo I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua em 2008, devemos ressaltar a dificuldade de dados sobre essa população, os quais se limitam a pesquisas governamentais e institucionais, 82% é predominantemente do sexo masculino.

Podemos entender esses números com a característica cultural do patriarcado⁴, o qual força as mulheres a obrigação das atividades de reprodução e cuidados com a família e o seu

⁴ O patriarcado é entendido como sistema que determina a reprodução social por meio da divisão sexual do trabalho, o qual se centra na exploração da mulher, conforme Cisne (2012, p.109), a divisão sexual do trabalho é

lar. Forçando a mulher se prender mais ao espaço doméstico. Por outro lado, os homens sob a pressão de sustentar sua família, ou os jovens com a pressão da família para se auto sustentar, encontram na rua o espaço para criarem sua renda e escapar dessas pressões. Assim, fazem da rua uma estratégia para moradia e sustento.

Conforme o I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, a População em Situação de Rua em sua maioria está dentro dos 25 aos 55 anos, ou seja, é composta em maioria por adultos. As faixas etárias com maiores concentrações são entre 25 a 34 anos, 28,2%, 24,8% corresponde as idades 35 a 44 e 16,5% de 45 a 55 anos. As tendências que ditam essa característica são tanto o envelhecimento da população quanto o impacto do desemprego estrutural nessa faixa etária.

Além disso, o I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua expõe que a maioria da População em Situação de Rua se declara negra, os pardos perfazem 39,1% enquanto que os pretos são 27,9%. Não se pode deixar de correlacionar a uma das maiores particularidades da questão social no Brasil, a escravidão da população negra. A qual no marco do capitalismo no país teve o papel de suprir a falta de mão de obra escassa em Portugal e a dificuldade de escravizar os nativos brasileiros. Levando a rentável escravização dos povos negros. De acordo com Santos (2012),

[...] a colonização moderna foi um importante instrumento de acumulação primitiva para o capitalismo [...] através da incorporação de formas pré-capitalistas. Tais formas permitiram que houvesse uma espetacular possibilidade de extrair lucros na atividade comercial, tendo em vista o baixo custo do fator 'trabalho' na produção das mercadorias. (SANTOS, 2012, p.96)

Esses dados são a característica da População em Situação de Rua na contemporaneidade, os quais reforçam a mudança do perfil da população que fugia da falta de perspectiva de emprego na área rural e recorriam aos grandes centros urbanos, comum até a década de 1970. Atualmente, o fluxo da população se concentra dentro dos grandes centros urbanos, com empregos informais, sua maioria são catadores de materiais recicláveis, 27,5% e

uma das formas centrais para a exploração do capital sobre o trabalho. Essa divisão segmenta os trabalhos de homens e mulheres e hierarquiza tais trabalhos de forma a subalternizar os considerados naturalmente femininos em relação aos considerados naturalmente masculinos. [...] A divisão sexual do trabalho resulta de um sistema patriarcal capitalista que por meio da divisão sexual do trabalho confere às mulheres um baixo prestígio social e as submete aos trabalhos mais precarizados e desvalorizados.

com maior nível de escolaridade, como está exposto no I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.

Em sua dissertação, Lopes (2006) mostra que o tempo de permanência nas ruas aumentou no decorrer da década de 1990 e anos 2000. Isso é reflexo de alguns fatores, entre eles o aumento da desigualdade social que afeta diretamente a pop rua, o *lupem proletariado*, em que durante a conjuntura Neoliberal o acúmulo de riqueza vem ocorrendo sem escrúpulos. E na sociabilidade do Capital, o aumento da riqueza socialmente produzida é diretamente proporcional entre a acumulação capitalista e o crescimento da miséria.

As mudanças no mundo do trabalho também afetam esse fenômeno diretamente. A precarização dos empregos, a alta rotatividade da mão de obra e a terceirização, em conjunto com a fragilização dos sindicatos. Pois,

[...] as constantes mudanças de emprego dificultam a sindicalização e, por consequência, a identificação/reconhecimento do trabalhador para com o seu sindicato. Isso impacta na representatividade desses organismos, que tende a concentrar-se naqueles trabalhadores menos sujeitos à rotatividade (núcleo estável de empregados com maior qualificação em cada empresa) e, por isso, com melhor nível salarial. (SANTOS, 2012, p. 196)

As condições de trabalho para aqueles que sobrevivem nas ruas são ainda mais precarizadas. Diferente no imaginário do senso comum, a minoria da População em Situação de Rua é mendicante, são 15,7% e desempregada, 6,4%, acordo com o I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. As atividades mais comuns são, catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha/limpador de carro (14,1%), pedreiro (6,3%), vendas (5,8%), limpeza (4,2%), carregador/estivador (3,1%).

Além disso, um dos maiores motivos que levaram as pessoas irem morar nas ruas, conforme o no I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, foi o desemprego - 29,8%, seguido do alcoolismo/drogas - 35,5% e depois da quebra de vínculos familiares. Não se pode deixar de pensar na correlação desses três fatores. Como é característico a essa população, a fragilidade dos laços familiares, nesse contexto que o desemprego se correlaciona. Pois, isso se deve a dificuldade da família de manter a reprodução e a sobrevivência desses sujeitos com renda insuficiente. O abuso de drogas como ferramenta de escape para a realidade também se inclui dentro dessas adversidades.

Isso nos prova a centralidade do trabalho na história de humanidade. Nas palavras de Silva (2016),

O trabalho como referência material, psicológica e cultural para as pessoas em situação de rua, [...], reafirma a centralidade na vida das pessoas e na história da humanidade em qualquer forma social e, particularmente, o trabalho como reprodução da vida material, das relações sociais, que sustenta a sociedade capitalista. (SILVA, 2016, p. 132)

Se faz necessário relacionar as características das políticas públicas em tempos neoliberais. Isso ocasionou o desmonte do Estado, reduzindo seu papel na área social e ampliando a atuação do espaço privado na esfera dos direitos sociais. As principais características das políticas são a focalização e fragmentação. O que implica diretamente na possibilidade de mudança de vida para a População em Situação de Rua. Pois, com a redução do Estado a amenização desse quadro se torna ainda mais difícil.

Como diz Santos “as implicações da implementação das políticas neoliberais na realidade nacional foram o acirramento das desigualdades, da desregularização dos direitos sociais e trabalhistas e do agravamento da questão social.” (SANTOS, 2012, pg 244)

A ampliação do setor privado no âmbito social se expressa no resgate da filantropia como alternativa paliativa e momentânea à pobreza. A População em Situação de Rua fica à mercê da iniciativa filantrópica para ter acesso a necessidades básicas como alimentação e abrigo. De acordo com Santos (2012),

Mesmo antes do discurso neoliberal de redução do Estado, as medidas de atendimento aos desempregados e trabalhadores informais já eram portadoras da descontinuidade e da focalização típicas do processo atual de ‘refilantropização’ da ‘questão social’. (SANTOS, 2012, p. 200-01)

Dessa forma, a população de situação de rua no Brasil está interligada a formação sócio histórica do Capital no país. O desemprego é o que marca a expressão do fenômeno, presente desde a industrialização tardia. Como nos países centrais, é a marca do êxodo rural cujo papel foi de aumentar o acúmulo de riqueza do capital e manter baixa as condições de vida da classe trabalhadora com a desvalorização dos seus salários.

Não à toa, a grande maioria é composta por homens negros (marca da escravidão) que buscam fora da pressão familiar alternativas de vida ao desemprego e a pobreza por meio de trabalhos precarizados, para o sustento na vida nas ruas.

2.2 O Movimento Nacional da População em Situação de Rua

Dentro do movimento contraditório do capital, o próprio capitalismo gesta as alternativas para sua manutenção, superação e fim. Essa característica é expressa no processo da consciência de classe, na qual faz parte os movimentos sociais. Com a População em Situação de Rua essa tendência não se faz diferente.

Para que a classe trabalhadora tenha melhores condições de vida nesse modo de produção, a luta por direitos se faz fundamental. Como diz Santos, "as lutas de classes são o instrumento que o trabalhador tem tido para diminuir essa desigualdade, ora conquistando leis e normas que regulem a relação salarial, ora inibindo relativamente o poder do capital." (SANTOS, 2012, p. 81)

O Movimento Nacional da População em Situação de Rua se configura na categoria dos novos movimentos sociais. As principais características que o torna inserido nessa terminologia é o surgimento recente no século XX para os dias atuais. São movimentos que não se limitam a luta de classe, mas os completam ao levantar debates que vão além da discussão tradicional. (SANTOS, 2012)

Os novos movimentos sociais surgem como alternativa e/ou complemento aos partidos políticos e as lutas tradicionais da esquerda. Pois, suas questões e reivindicações imediatas se colocam fora do ambiente imediato do trabalho e da produção. Muitos participantes desses movimentos são indiferentes e hostis ao movimento operário e as suas formas de luta. Sua maioria adota a postura anti-Estado e antipartidos políticos. (SANTOS, 2012)

Apesar de algumas características desse tipo de movimento apresentar hostilidade ao movimento operário em si, isso não exclui o fato de ser expressão do movimento de produção capitalista. Já que alguns teóricos tendem a separar a luta de classe das lutas sociais, como se a dicotomia entre as a burguesia e o proletariado se finalizassem apenas nas lutas sindicais e partidárias. (SANTOS, 2012)

Montaño e Duriguetto, definem esses movimentos da seguinte forma, "lutas que não podem esperar 'a grande revolução' para resolver problemas pontuais, mas cujos objetivos de curto prazo [...] não necessariamente são antagônicos à finalidade de longo prazo (a superação da ordem burguesa). (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2010, p. 119)

Com isso, as lutas sociais são também expressão da luta de classes, já que as tensões do Capital refletem no *aqui e agora* dos sujeitos que compõe o proletariado, refletindo nas diversas formas de opressão e desigualdade. O que difere esses movimentos é o nível de organização, de consciência, da necessidade imediata ou não e dos métodos de luta. Além do mais, a

contradição do Capital é realidade muito mais complexa, heterogênea, do que simplesmente dicotômica.

No Brasil, esses movimentos se fortalecem no período da ditadura militar, nos movimentos populares das periferias dos grandes centros urbanos. Não coincidente desde meados da década de 1960 há iniciativas para a organização da População em Situação de Rua. Essas iniciativas são gestadas principalmente entre os coletores de materiais recicláveis, por isso, o Movimento Nacional da População em Situação de Rua surgiu do Movimento Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis. Através da participação da População em Situação de Rua nas associações e cooperativas de catadores.

Por conta disso, para o surgimento do Movimento Nacional da População de Rua foi muito importante à proximidade com o Movimento de Catadores de Materiais Recicláveis, o qual surgiu em meados da década de 1990.

Após a chacina da Praça da Sé em 2004 na cidade de São Paulo, a militância da População em Situação de Rua foi se fortalecendo por meio de debates, fóruns da população de rua, plenárias e manifestações. Um ano após a chacina, os órgãos públicos responsáveis não indiciaram os responsáveis e para se opor a População em Situação de Rua, começaram a realizar atos contra essa barbárie.

E as movimentações da População em Situação de Rua continuaram acontecendo, com apoio de outros movimentos sociais. E com isso, é construído o Movimento Nacional da População em Situação de Rua, lançado no 4º Festival do Lixo e Cidadania em setembro de 2005 na cidade de Belo Horizonte. A base das suas reivindicações são: a luta contra o preconceito, a violência, a ausência de políticas públicas e a luta por saídas autônomas da situação de rua. A necessidade de reintegração ao mundo do trabalho se faz primordial nesse movimento.

Em 1 e 2 de setembro de 2005 o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, realizou o I Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua. Para construir estratégias para a criação de políticas que abarcassem as particularidades dessa população.

E por resultado desse Encontro, houve a aprovação da Lei 11.258/2005, que inseriu a População em Situação de Rua na Lei Orgânica de Assistência Social, o que desenvolveu políticas específicas, como o Serviço Especializado em Abordagem Social, Centro de Referência para a População em Situação de Rua e o Serviço Especializado para a População em Situação de Rua.

Além disso, o então Presidente Luis Inácio Lula da Silva assinou um decreto para o edital do Banco do Desenvolvimento Econômico e Social para apoiar financeiramente projetos dos catadores de materiais recicláveis. Como também, criou o Grupo de Trabalho Interministerial em 2006 para estudar e elaborar políticas públicas para População em Situação de Rua para além da assistência social.

Em 2009 houve o II Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua, o qual foi de suma importância para a População em Situação de Rua em si, pois, foi nesse período que aconteceu a consolidação da Política Nacional para a População em Situação de Rua.

Não se pode ignorar que esse foi um avanço do Movimento Nacional da População de Rua na esfera política. A efetivação e a concretização da estratégia para a superação das problemáticas que ainda se fazem presente continua a ser desafiante. Isto também prova que a luta política que constrói os direitos, como também, é só a luta que o concretiza. Nas palavras de Lima, “por isso, a existência de instituições sociais como o MNPR carrega consigo anseios pelo resgate da subjetividade desses sujeitos, pela possibilidade de ser enxergado como cidadão, de ser ouvido e de participar da construção do mundo e do futuro.” (LIMA, 2018, p.52-53)

No Rio Grande do Norte o Movimento da População em Situação de Rua começou em 2012, no IV Seminário de Direitos Humanos, organizado pelo Centro de Referência em Direitos Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – CRDH/UFRN. No qual um dos representantes era a coordenação nacional do Movimento da População em Situação de Rua, o qual foi substancial para mediar os primeiros passos do processo político-organizativo do movimento no RN.

O Movimento Nacional da População de Rua apesar de novo, tem muita potência para incidir na formação da população de rua no país, sobre os direitos, as políticas, discutindo sobre as condições de vida, participando de Fóruns, Congressos e Assembleias. Mostrando a capacidade política dessa população e as suas particularidades. E que é possível construir estratégias para a defesa dos seus direitos e demandas.

No Rio Grande do Norte o movimento desenvolve ações de base, por meio de formações políticas com os membros, trabalham com estratégias para dá visibilidade e voz ao grupo e aos sujeitos em situação de rua, não só para a sociedade civil, mas também, entre a População em Situação de Rua.

Lima (2018), expõe que uma das maiores dificuldades do movimento no estado do Rio Grande do Norte é a falta de recurso financeiro para participar de Fóruns, Congressos e atividades ligadas ao movimento em outras cidades e estados. Por isso, são dependentes de

doações, sejam de órgãos públicos, de projetos que apoiam o Movimento na Universidade, como também da população civil que simpatiza ou participa do Movimento.

Por outro lado, mostra que a divisão das tarefas que existe dentro do Movimento no RN entre os membros do grupo é importante para deixar esse espaço cada vez mais democrático e participativo, para que todos os sujeitos sintam que fazem parte e constroem o Movimento Nacional da População em Situação de Rua. Mas, ainda os homens são maioria, as mulheres e a população LGBTQs constituem a minoria do movimento.

Além das conquistas em nível nacional, o Movimento Nacional da População em Situação de Rua tem se aliado a instituições para conseguir apoio e fortalecer a luta no Rio Grande do Norte. Duas instituições são de relevância nesse processo: A Arquidiocese de Natal por meio de suas pastorais e movimentos eclesiais seja com doações de alimentos e agasalhos, etc. seja pelo espaço físico para que o movimento realize as suas atividades de formação política, e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte através de seus diversos programas e projetos de Extensão. Inicialmente destaca-se a iniciativa do Centro de Referência em Direitos Humanos com atuação significativa na criação e apoio ao Movimento e depois a presença da Incubadora de Iniciativas e Empreendimentos Solidários – INICIES, do Programa Pet Conexões Comunidades Urbanas e os Departamentos de Psicologia e de Arquitetura.

A Universidade junto ao Movimento desenvolve Seminários e Encontros junto à população acadêmica, órgãos públicos da Assistência Social, para dá visibilidade a População em Situação de Rua, denunciar violações de direitos e desenvolver estratégias com esboços de projetos de Leis para as esferas Municipais e Estaduais.

Durante a sua trajetória o Movimento Nacional da População em Situação de Rua, conseguiu alguns avanços de sua luta dentro das esferas institucionais, com o reconhecimento da sua existência frente aos órgãos públicos. Resultado disso, a legalização de políticas para essa população.

Porém, o desafio ainda é hercúleo, o reconhecimento, não efetiva por si só a efetivação dos direitos promulgados. Por isso, as ações de visibilidade, denúncia e a oposição política do Movimento se fazem importantes para garantir o acesso aos direitos da População em Situação de Rua. E esse desafio não se limita apenas no Rio Grande do Norte, mas também na esfera nacional.

3. AS DETERMINAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E SUA CORRELAÇÃO COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Nesse capítulo será conceituado as determinações sociais de saúde e o processo saúde doença, os quais impactam diretamente nas condições de saúde da População em Situação de Rua no Brasil.

3.1 Determinações Sociais de Saúde

Para se iniciar o debate sobre as condições de saúde da População em Situação de Rua, é necessária a discussão sobre os determinações sociais de saúde, pois nessa perspectiva o processo saúde-doença, vai para muito além do fator biológico e individualista, predominante na discussão médico clínica, com ele é possível elucidar como as relações sociais, as condições e qualidade de vida impactam no bem-estar e, por conseguinte, na saúde nos processos de adoecimento dos sujeitos.

Antes, devemos conceituar a saúde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, ela define como o completo bem-estar físico, como também mental e social, e não apenas a falta de doenças. Mas, a conceituação realizada pela OMS, tem sido criticada por intelectuais os quais afirmam que o debate trazido pela Organização Mundial, é reducionista e fragmenta o conceito de Determinantes Sociais de Saúde, o qual é pautado sobre o viés mercantilista sobre o acesso à saúde. O que expressa a banalização do conceito de Determinantes Sociais de Saúde.

Conforme o CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde,

[...] a doença continua a ser entendida como um evento clínico-biológico, enquanto suas causas são consideradas fatores sociais isolados, portanto, sem que estejam fundadas em qualquer teoria da sociedade. Avalia-se o acesso a serviços de saúde, mas nada se diz acerca da iatrogenia médica, ou seja, que a prática da medicina reconhecidamente atua como ‘determinante’ de inúmeras enfermidades e danos à saúde. Com isso, subentende-se que a Medicina altamente tecnificada e a lucrativa indústria que a sustenta sempre agem para o bem e em prol da saúde de todos. (NOGUEIRA,2010, pg.7,8)

Sendo assim, a discussão sobre os determinantes sociais posto pela OMS vem de encontro ao propomos no início desse debate no qual sua base teórica principal encontra-se ancorada na compreensão a totalidade. No texto construído pela OMS, isso se expressou na escassa teorização sobre os impactos do processo de saúde dos sujeitos para além de acesso a

saúde e boas condições de vida, eliminou-se as determinações históricas sociais da Questão Social na sociedade atual. Como também, a ausência do debate sobre os impactos das guerras no globo e como isso expressa na vida das pessoas que vivem em zonas de conflitos. Ocultou-se dessa forma, o processo de genocídio e o assassinato massivo de povos.

A saúde dessa forma é influenciada pelas determinações sociais de saúde, os quais definem que o processo saúde-doença está relacionado com as condições biopsicosociais de um indivíduo, ou seja, pelas suas condições biológicas, mentais e sociais. Nessa perspectiva, segundo Narvai (2008), a condição de saúde é a conexão entre três planos, subindividual, individual e coletivo.

O plano subindividual é determinado basicamente pelo biológico, fisiológico, patológico e orgânico do indivíduo. Conforme o equilíbrio entre a normalidade-anormalidade e funcionalidade e disfunção, qualquer desequilíbrio nessa balança a anormalidade se expressa como enfermidade e doença. Sendo a enfermidade entendida como o sujeito sente os sintomas em seu corpo e a doença como o profissional de saúde detecta conforme o quadro clínico apresentado.

O plano individual é a determinação do processo de saúde-doença no sujeito que não é limitado apenas pela biologia, mas também, pelas relações sociais ao seu redor e como a doença afeta sua esfera social, ou seja, sua condição de existência como indivíduo, como ser social. A correlação entre a biologia e a coletividade impacta dessa forma no seu total bem-estar como também no outro extremo, na sua morte.

Por fim, o plano coletivo, abrange não somente a relação entre os indivíduos e suas esferas biológicas, mas como o processo de saúde/doença é determinado e impactado pelo contexto seu histórico, sua localização geográfica, sua família, seu trabalho e lazer. Assim sendo, a saúde ela é uma expressão cultural e sociológica. Conforme Laurell (1982), “a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos” (Laurell, 1982, pg. 3).

Já a conceituação defendida pelo CEBES, exclui a terminologia determinantes e defende o termo “determinação”. Visto que o debate vigente sobre determinantes sociais está perpetrado de conceitos simplistas entre a relação de fenômenos casuais entre saúde e condições sociais. Dessa forma,

[...] a saúde é um fenômeno eminentemente humano e não um fato biológico-natural. Portanto, defendemos o ponto de vista de que o esforço de entender a determinação da saúde vai muito além do emprego de esquemas de causalidade e não deve ser

confundido com uma associação empiricista entre condições de saúde e fatores sociais. (NOGUEIRA, 2010, pg.8)

Corroborando essa lógica, como a nossa sociedade está pautada em classes sociais distintas/desiguais, os sujeitos que pertencem às classes diferentes terão condições de saúde e acesso a medicina distintamente. Como também há diferenças entre sujeitos dentro da mesma classe social, já que as características de etnia, identidade de gênero e orientação sexual, implicam em uma rede de opressões e desigualdades.

Nessa linha, Fleury-Teixeira e Brozo (2010), teorizam que,

[...] a política e a determinação social da saúde são dimensões indissociáveis da prática e do saber humanos. Por um lado, a política é um componente essencial da determinação social dos indivíduos em geral e, portanto, também da determinação social da saúde. Por outro lado, o conhecimento, tácito e explícito, popular ou científico, e a militância técnica no campo da determinação social da saúde podem ter impacto real significativo sobre as práticas políticas. Dito de outro modo, a política tem um papel central no ordenamento social, e a saúde constitui tema bastante sensível para o universo político, ao passo que a determinação social da saúde potencializa ainda mais esse caráter crítico, pois vincula diretamente a saúde de indivíduos e populações ao ordenamento social. (FLEURY-TEIXEIRA E BROZO, in NOGUEIRA, 2010, pg.37)

Os diferentes sujeitos historicamente possuem discrepantes acessos a saúde e qualidade de vida. Pode-se perceber isso com as relações entre as doenças com as tecnologias humanas, como as vacinas, antibióticos, acesso a centros urbanos e espaços saneados, evitam a propagação e ao desenvolvimento de doenças que já foram mortais décadas e séculos anteriores. Essa mesma tecnologia que mudam o entendimento sobre as doenças para gerações inteiras. Só que o seu acesso é determinado politicamente, isso é, conforme a política ordena a população e sociedade, é construído as formas para o consumo dessas tecnologias entre as diferentes classes, etnias, homens e mulheres e LGBTQs.

Mas, a política vai para além ao acesso do consumo direto da rede de saúde. A saúde como é determinada socialmente, então, a visão política hegemônica dita as relações entre a rede de opressões e desigualdades históricas, adoecendo os mais desprivilegiados e para isso, o tratamento clínico não cura.

Na perspectiva de Buss e Pellegrini Filho (2007),

As importantes diferenças de mortalidade constatadas entre classes sociais ou grupos ocupacionais não podem ser explicadas pelos mesmos fatores aos quais se atribuem as diferenças entre indivíduos, pois se controlamos esses fatores (hábito de fumar, dieta, sedentarismo etc.), as diferenças entre estes estratos sociais permanecem quase inalteradas. (BUSS; PELLEGRINI. 2007, p. 81)

Os processos de trabalho em que os sujeitos estão inseridos, as condições de moradia, o acesso à educação, saúde, saneamento básico, afetividade, vínculos comunitários saudáveis será determinante em sua saúde.

Para compreender os Determinantes Sociais da Saúde, deve-se ter a noção das condições gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacioná-las com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também as redes sociais e comunitárias. Esses determinantes influenciam nos estilos de vida, já que as decisões relativas ao hábito de fumar, praticar exercícios, hábitos dietéticos e outras, por exemplo, estão também condicionados pelos DSS. (OLIVEIRA; SANTO. 2013. p. 8 - 9)

A vulnerabilidade da saúde será determinada no local em que sujeito se encontra. Ou melhor, dependerá da sua situação sócio-econômica, afetiva, comunitária, em conjunto com a condição geral da sociedade que faz parte.

Fleury-Teixeira e Bronzo (2010), argumentam,

Os meios materiais e espirituais para o desenvolvimento e a realização de capacidades a que os indivíduos têm acesso no curso de suas vidas, assim como a teia de relações peculiares nas quais cada indivíduo se forma e realiza a sua existência, definem possibilidades e formam características das existências individuais, inclusive da nossa saúde, pois definem a expressão fenotípica de nossos genótipos assim como a exposição a traumas e outros agravos que também determinam a nossa saúde. (FLEURY-TEIXEIRA E BROZO, in NOGUEIRA, 2010, pg.37)

Sendo assim, como sociedade, somos limitados historicamente, devido a nossa própria limitação ontológica, visto que nossas possibilidades objetivas são construídas previamente e estão em constante modificação, a qual acontece com avanços e retrocessos. Como sujeitos somos construídos pelas nossas conexões sociais, nossas interações interpessoais, nosso trabalho, nossas expressões religiosas e simbólicas.

Somos caracterizados pelas particularidades dos grupos sociais aos quais pertencemos, os quais são determinados pela sua localização na estrutura macrosocietária. Como também a nossa singularidade, hobbies, biografia, traumas, moldam nossas vidas e nossas escolhas. Assim, nos relacionamos e mudamos as relações sociais, como as relações macrosocietárias nos alteram.

[...] na efetivação e desenvolvimento de si os indivíduos organizam e transformam grupos humanos nos mais diversos níveis e, de um modo ou de outro, a própria humanidade. Dessa forma, para os próprios indivíduos, que são concentrações vivas e pontos de interação da rede social, a transformação da sociedade resulta em novas

condições de ser, novas condições de sua existência, inclusive psicofisiológica; portanto, de sua saúde. (FLEURY-TEIXEIRA E BROZO, in NOGUEIRA, 2010, pg.38)

Ou seja, o modo de produção e as determinações sociais são a base sanitária de toda a humanidade. Pois são esses processos que determinam o trabalho, as relações sociais, a política, a cultura da população humana. Por isso, a saúde é determinada sócio-historicamente.

3.2 As Condições de Saúde da População em Situação de Rua

O processo social da População em Situação de Rua é histórico, apesar de ter sido presente em outros modos de produção, não podemos deixar de dizer que, no Modo de Produção Capitalista, esse processo foi agravado e se tornou mais cruel. Enquanto que em outros períodos históricos a pobreza era resultado da escassez da produção. No Capitalismo a produção de riqueza, de mercadoria, é muito mais suficiente para toda população mundial. Graças ao desenvolvimento tecnológico no Modo de Produção Capitalista, inédito na história da humanidade.

Fleury-Teixeira e Bronzo (2010), trazem como a miséria e desigualdades afetam diferentemente a vida dos sujeitos,

A exposição a agentes biológicos, químicos ou físicos danosos, a deficiência nutricional, o desgaste físico generalizado ou o esforço repetitivo e o estresse no trabalho, são características das condições sociais de pobreza ou miséria que ainda acometem a maior parte da população mundial. Além dessa maior exposição a riscos, a vulnerabilidade das populações carentes é ampliada pela deficiência no acesso à educação e aos serviços de saúde, o que reduz a sua capacidade de lidar positivamente com esses riscos. Por outro lado, também o grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm no curso de suas vidas são igualmente determinantes das condições de saúde e acompanham do mesmo modo o gradiente social, ou seja, as pessoas nos níveis mais baixos da escala hierárquica de poder na sociedade estão também submetidas aos agravos oriundos da falta de perspectiva e reconhecimento na vida, da frustração e da sensação de injustiça e impotência. (FLEURY-TEIXEIRA E BROZO, in NOGUEIRA, 2010, pg.39)

Por conseguinte, a condição de saúde da População em Situação de Rua será marcada pelas situações precárias de vida, em que faz presente a fragilidade dos vínculos familiares e comunitários, a fome, os vícios, dificuldade de acesso a serviços, empregos informais e a exposição a violência nas ruas. Por isso, essa é uma população cuja saúde é ainda mais vulnerável e precarizada.

O processo social da População em Situação de Rua, no Capitalismo, está relacionado com as expressões da questão social, isto é, as desigualdades particulares do capitalismo. Resultado da apropriação privada dos meios de produção pela classe burguesa, enquanto que a classe trabalho detém apenas a sua força de trabalho. Nesse processo, aqueles que não conseguem vender sua mão de obra, ficam à mercê.

Assim, as condições de vida da População em Situação de Rua não estão destacadas desse processo mais amplo. A falta de moradia, de segurança, de fontes de rendas fixas, de trabalho formal, impacta significativamente na saúde dessa população. Desse modo,

[...] a vida na rua pode precipitar problemas de saúde secundários ao aumento da exposição a riscos de doença, como vulnerabilidade às violências, ingestão de alimentos e água contaminados, variações climáticas extremas e muitos outros. (BRASIL, 2012, p.52).

Essa população sofre com problemas que em outros grupos sociais não são tão presentes, como por exemplo, problemas nos pés, os quais são causados pelo uso de sapatos inadequados, pela necessidade de andar sempre a pé. Também é comum doenças infecciosas, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis e problemas de álcool e outras drogas.

Além do mais, devido às particularidades de vida dessa população, mesmo quando há possibilidade de acesso, o tratamento, principalmente se for continuado é difícil.

[...] manter rotina de tratamento ou visitas a unidades de saúde para quem vive na rua costuma ser um desafio. A lógica de sobrevivência de se planejar um dia de cada vez atrapalha o retorno agendado à unidade. Pensar em um compromisso que ocorrerá em 15 dias é uma missão que exige esforço e, em muitos casos, será esquecida ou terá sua importância reduzida diante de sintomas que já se foram. (BRASIL, 2012, p. 54)

O processo saúde-doença é ainda mais difícil, devido à rotina de privações, muitos sujeitos não sabem identificar quando estão doentes. E mesmo quando sabem disso, procuram os serviços de saúde, principalmente de emergência, somente quando a doença afeta a sua rotina, ou melhor, no seu trabalho. Muitos ainda, não buscam os serviços de saúde devido à vergonha e a baixa autoestima.

3.3 O Programa Consultório Na Rua

O Consultório na Rua, é resultante de um processo histórico excludente, no caso brasileiro, a População em Situação de Rua, ficava a mercê da proteção social privada

tradicional, basicamente, grupos de caridade da Igreja Católica, devido à ausência de ação estatal frente a esse grupo e a tendência desse tipo de proteção naquele período devido ao período colonial e escravocrata brasileiro que emperrou a responsabilidade pela sobrevivência ao trabalhador.

Na década de 1930, o Estado reconheceu a Questão Social e a sua responsabilidade na proteção ao trabalhador, porém, somente os assalariados que podiam acessar alguns serviços. Como diz Yazbek, “o acesso a bens e serviços sociais e [sic] caracterizou-se por ser desigual, heterogêneo e fragmentado” (YAZBEK, 2014, p.85) Excluindo o trabalhador sem emprego formal do acesso aos bens e serviços ofertados pelo Estado, o que não foi diferente a População em Situação de Rua.

Para a trabalhador pobre, sem carteira assinada, ou desempregado, restam as obras sociais e filantrópicas que se mantêm através de uma rede burocrática e clientelista, fortemente apoiada pela filantropia e desenvolvida por meio de iniciativas institucionalizadas em organizações sem fins lucrativos. (YAZBEK, 2014, p.86)

Além disso, havia a tendência de institucionalização dos desajustados em órgãos educativos e corretivos para a manutenção da paz social.

Nos anos seguintes, houveram ampliações nos sistemas de proteção social no país, mas, ainda focado no trabalhador formal. Apesar de na Ditadura Militar, a ampliação da rede de proteção foi considerável com a criação da Renda Vitalícia Mensal para idosos inválidos, poupança compulsória com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço, PIS/PASEP, Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, entre outros. A proteção social foi resolvida com repressão e assistência e a População em Situação de Rua, no que diz respeito a proteção social, continuou fora dos programas estatais, exceto nas ações repressivas, e continuaram sendo atendidos na filantropia.

Somente após a década de 1980 que a proteção social estatal incluiu essa População, devido a luta em ampliar a ação da intervenção estatal na vida social. “[...] com a Constituição de 1988, são colocadas novas bases para o atual Sistema de Proteção Social brasileiro com o reconhecimento de direitos sociais das classes subalternizadas me nossa sociedade.” (YAZBEK, 2014, p.89)

O avanço desse reconhecimento se expressou na nova definição de Seguridade Social pelo Estado Brasileiro, como expões Yazbek (2014),

A noção de Seguridade supõe que os cidadãos tenham acesso a um conjunto de direitos e seguranças que cubram, reduzam ou previnam situações de risco e de vulnerabilidades sociais. Assim sendo, a Seguridade brasileira emerge como um sistema de cobertura de diferentes contingências sociais que podem alcançar a população em seu ciclo de vida, sua trajetória laboral e em situações de renda insuficientes. Trata-se de uma cobertura social que não depende do custeio individual direto. (YAZBEK, 2014, p.89)

Mas, apesar de ter sido reconhecido legalmente, a execução, para a População em Situação de Rua, só ocorreu anos depois. Já que somente com a Política Nacional para a População em Situação de Rua, o Estado reconheceu a necessidade de estratégias para abarcar as particularidades dessa população.

Não à toa, o Programa Consultório na Rua preencheu a lacuna antes existente na política de Atenção Básica, na qual as Equipes Saúde da Família não cobriam essa população devido à perspectiva estrita de família baseada em domicílios. E por outro lado, o Consultório de Rua era voltado apenas para o atendimento às questões de saúde mental, principalmente aos abusos de álcool, crack e outras drogas, da População em Situação de Rua, o que deixava de fora as necessidades que iam além da rede de saúde mental. Precisando, de outros serviços da rede de proteção social.

O Programa Consultório na Rua foi promulgado no o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, é a junção da equipe do Consultório de Rua, a qual era orientada para o atendimento às necessidades voltadas à saúde mental, com a proposta da Estratégia de Saúde da Família, a partir da qual foi criada uma perspectiva particular para populações não atendidas na perspectiva domiciliar dessa proposta.

Esse Programa foi constituído não só pelo Decreto nº 7.508/2011, mas também pela Política Nacional para a População em Situação de Rua e a Portaria Nº 122, de 25 de Janeiro de 2011, a qual define as diretrizes da equipe do Consultório na Rua.

O Programa Consultório na Rua responde as diretrizes e fundamentos da Política de Atenção Básica como orienta da Portaria reguladora. Dessa forma, o Consultório deve ser composto por uma equipe multidisciplinar para abranger as diferentes dificuldades e necessidades da População em Situação de Rua; as ações do Consultório devem realizar a busca ativa e o cuidado dos usuários de álcool, crack e outras drogas; e as ações devem ser predominantemente intersetoriais, com as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial e com os serviços de Emergência e Urgência.

A Portaria nº7.508/2011 determina também os profissionais que podem compor a equipe do Consultório na Rua, são eles: enfermeiro; psicólogo; assistente social; terapeuta

ocupacional; médico; agente social; técnico ou auxiliar de enfermagem; e técnico em saúde bucal.

Além disso, o Decreto nº 7.508/2011 vincula as Equipes do Consultório aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dessa forma, quando não houver equipes do Consultório na Rua, o atendimento à População em Situação de Rua deverá ser feito por meio do Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Com isso, o Programa Consultório na Rua está inserido na Atenção Básica, ou seja, na porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, a atenção básica é definida da seguinte forma,

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011, p.21)

As diretrizes do Consultório na Rua foram criadas para sanar as limitações das políticas para a População em Situação de Rua. Se tornando dessa forma, a porta de entrada para os serviços de saúde, psicossociais e assistenciais. Assim sendo, o Consultório é um serviço itinerante que integra essa população com esses serviços, por meio da intersetorialidade com unidades de atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial e de assistência social.

Sendo assim, o Consultório na Rua, tem por finalidade o acolhimento e a criação de vínculos com a População em Situação de Rua. Assim, no processo de acolhimento, à criação do Cartão SUS, ou 2ª vias, para que os sujeitos possam acessar os serviços do SUS, além de encaminhamentos para a Assistência Social, principalmente para os Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua. Já a criação de vínculos é voltada para humanização do atendimento. Como expõe a Política Nacional de Atenção Básica de 2011,

[...] sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

Dessa forma, a intersetorialidade é uma estratégia de grande relevância para o Consultório na Rua, já que ela é determinada pela Política Nacional de Atenção Básica. Essa característica é um avanço no conceito de Seguridade Social no Brasil, o qual é formado pelo

tripé, Sistema de Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Se analisados isoladamente, cada um aborda uma esfera na vida do sujeito, ou seja, fragmenta as necessidades sociais. Por isso, a intersetorialidade possui uma relevância, pois é ela que permite a articulação entre as diferentes esferas da proteção social para elaborar estratégias para as demandas sociais, por meio a integração e articulação dos serviços sociais. Ou melhor,

A intersetorialidade é a articulação entre políticas públicas por meio de desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à Proteção Social, à inclusão e enfrentamento das desigualdades sociais identificadas. Supõe a implementação de ações integradas e a superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. (YAZBEK, 2014, p.98)

Com isso, a ação do Consultório na Rua, vai além da criação de vínculos, também é presente o desafio de incluir a População em Situação de Rua na rede de serviços, seja nos Centros de Atenção Psicossocial, seja facilitando o acesso aos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua, ou com as Unidades Básicas de Saúde e SAMU. Como também, a necessidade de gerir com a rede estratégias para desenvolver melhores ações para responder as principais demandas dessa população.

Sendo que essas estratégias por serem intersetorializadas, dependem também da atuação da rede, a qual nem sempre estará aberta para isso. Pois,

[...] constituir a rede é antes de qualquer coisa uma decisão política que exige estratégias processuais deliberadas, alianças ‘adquirindo uma configuração quase contratual’. Exige um pacto entre gestores técnicos, saberes, pessoas, projetos e instituições em sintonia com a realidade local, com sua cultura de localização local. (YAZBEK, 2014, p.98-9)

E esse é um grande desafio para o Consultório na Rua, visto que o preconceito dificulta o acesso da População em Situação de Rua a rede de serviços, na qual, há profissionais que se opõem a atender esses sujeitos, ou não enxergam a responsabilidade da rede em atendê-los. Com a tendência de fragmentar a acesso somente aos serviços especializados a essa população.

4. O ESPAÇO DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO CONSULTÓRIO NA RUA

Antes de adentrar na atuação do profissional do Assistente Social no Consultório na Rua, é preciso entender o contexto sócio-histórico do SUS no país, abordado brevemente nesse capítulo.

Historicamente, no país, o sistema de saúde vem se alternando entre o setor público e privado. O sistema de saúde foi iniciado nos primeiros anos do século XX, a partir das campanhas sanitárias, as quais ocorriam quase militarmente, marco disso foi a campanha de vacinação obrigatória contra a varíola, em que 1904 culminou na Revolta da Vacina, devido à oposição à arbitrariedade da campanha sancionada por Oswaldo Cruz.

De 1920 a 1930, o sistema se organizou de acordo com a inserção do indivíduo da mercado de trabalho, já que nesse período histórico os direitos civis e sociais eram atrelados ao mercado de trabalho. Isso se deu através das Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs, criadas inicialmente por meio dos trabalhadores ferroviários e bancários. Em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, as CAPs foram estendidas para todas as empresas com mais de cinquenta funcionários.

As CAPs eram estruturadas por meio de contratos e com a contribuição do trabalhador e ofertavam benefícios como pensões, aposentadorias, e assistência médica aos filiados e dependentes. Na Era Vargas, em 1930, com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, as CAPs foram unificadas nos Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAPs, ampliando o acesso a maioria dos trabalhadores urbanos e seus familiares. A população brasileira que não era incluída nos IAPs, acessava por meio de assistência particular, ou quando não possuíam recursos financeiros por hospitais filantrópicos. Mas, nesse período, a saúde pública foi institucionalizada por meio do Ministério da Educação e Saúde Pública, que foi desvinculado da Educação no ano de 1953 com a criação do Ministério da Saúde.

Em 1960, os IAPs foram padronizados através da Lei Orgânica da previdência Social – LOPS, e no ano de 1966 a Previdência Social foi unificada, estendendo os serviços a todos os trabalhadores brasileiros. Dessa forma, a contribuição foi direcionada para os cofres públicos e o Estado Brasileiro na época utilizou as arrecadações da Previdência Social para a construção de grandes obras, as quais foram posteriormente vendidas para estrangeiros.

Nas palavras de Borges (2002),

Até 1960, a assistência à saúde caracterizou-se basicamente pelo modelo médico-sanitário com duas vertentes bastante distintas: 1 – epidemiológica – preocupada em controlar as doenças em escala social; 2 – clínica – baseada na necessidade de recuperar a força de trabalho, com direito a atendimentos médicos somente a quem fizesse parte do sistema previdenciário. (BORGES, 2002, pg. 3)

No período que compreendeu a Ditadura Militar (1964 - 1985), os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Durante a Ditadura os investimentos à saúde pública foram ínfimos, direcionando à privatização da assistência médica, no padrão da Modernização Conservadora, perpetrada nesse momento histórico. Dessa forma, foram observados investimentos no âmbito da tecnologia médica, porém para o acesso de poucos,

Nos anos que foram se seguindo, o governo militar, com concentração de autoridade decisória, fez as suas principais alianças e investimentos com instâncias privadas do país. Houve baixíssimos investimentos, nessa época, no que diz respeito à Saúde Pública. A valorização estava concentrada na aquisição de tecnologias de ponta, tornando a intervenção de saúde altamente especializada, medicalizada, curativa, individualizada e, portanto, elitista. (BORGES, 2002, pg.4)

Nesse modelo excludente, foi ampliada a crise na área da saúde, já que grande parte da população não acessava o sistema de saúde, com a escassez de investimentos e valorização. Somou-se também a outras crises oriundas do modelo ditatorial, devido à dificuldade em outros setores, econômicos e sociais, como a previdência social, institucionalizada na Ditadura através do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS.

Com o acirramento dessa crise, na década de 1970, alguns profissionais de saúde, se organizaram na luta contra esse modelo de saúde, evidenciando os prejuízos desse modelos, se aliaram a outros membros da sociedade civil, intelectuais, sindicalistas, líderes populares e políticos, ordenando um movimento crítico e alavancando propostas para a saúde do país, com foco na saúde mais humana e universal, o que poderia acontecer somente com uma ampla reforma sanitária.

O principal loco do debate da Reforma Sanitária se deu nas Universidades por meio dos profissionais de saúde que se especializavam em Saúde Pública. Esse movimento se alinhava às ideias de redemocratização do país, defendendo a perspectiva da participação popular, defesa do setor público, democratização das condições de trabalho e humanização do atendimento. O que se chocou com a perspectiva do Estado Mínimo, e a ampliação da privatização dos serviços no país, tornando a Reforma um projeto contra-hegemônico.

Na década de 1980 com o fortalecimento dos movimentos populares contra a Ditadura Militar que o debate sobre a Reforma Sanitária, ganhou relevância na construção da Constituição de 1988, a qual foi baseada na 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS. Porém, o SUS foi regulamentado apenas em 1990, na promulgação da Lei 8.080/1990. Antes do SUS, a saúde pública foi orientada por meio dos Sistemas unificados e Descentralizados de Saúdes – SUDS, durante o intervalo de 1985 e 1990.

Por isso, o Sistema Único de Saúde é um avanço constitucional, orientado na perspectiva de saúde como direito da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Dessa forma, a saúde foi conceituada como determinada no contexto societário, dessa forma, localizada historicamente a qual deve ser conquistada por lutas cotidianas da população, já que deve ser garantida pelo Estado. Sendo a saúde impactada por todas as esferas da vida individual, condições de trabalho, moradia, alimentação, lazer, transporte, ou seja, pelas condições de produção e reprodução da vida. Sendo assim, conforme essa CNS para garantir o exercício pleno de saúde se deve garantir:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e ambiente de trabalho;
- alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- moradia higiênica e digna;
- educação e informação plenas;
- qualidade adequada do meio-ambiente;
- transporte seguro e acessível;
- repouso, lazer e segurança;
- participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- direito à liberdade, à livre organização e expressão;
- acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis. (BRASIL/MS, 1986)

Com isso, a criação do SUS foi o maior marco da história da saúde pública do Brasil, cuja legitimação foi importante a todas as camadas populacionais do país, impactando positivamente, não só a população que não possuía acesso aos serviços de saúde, mas sim, a toda a população. Já que o SUS na Reforma Sanitária é entendido como direito de todo e qualquer cidadão e responsabilidade estatal, orientado na universalidade, democratização, qualidade dos serviços, integralidade e equidade das ações, descentralização, e transparência dos recursos e informações. Assim,

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou

seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CFESS, 2010, pg.19)

Apesar desse projeto ter sido promulgado e exercido no país, a disputa entre o projeto de saúde da reforma Sanitária e o projeto privatista, o qual já existia antes da Constituição, ganhou forças na década de 1990, quando no governo de Fernando Collor de Melo foi aberto as portas ao Neoliberalismo no Brasil, e aprofundado no governo de Fernando Henrique Cardoso. Isso se concretizou na precarização dos Serviços do SUS, fragmentando o acesso apenas as camadas mais pobres da população.

A fragilização do SUS vem ocorrendo desde então, com o acirramento do Projeto Neoliberal no país, os reflexos são o financiamento insuficiente e os cortes de verbas para a área da saúde, observados também na Previdência e Assistência Social, a defesa das parcerias público-privadas, utilização de planos de saúde para os servidores públicos, aumento das vendas de planos de saúde e a naturalização desse projeto privatista, mercantilizador dos serviços e políticas públicas, nos projetos de governo.

É nesse cenário que se encontra o Projeto da Reforma Sanitária e a atuação do Serviço Social na Saúde. O trabalho profissional é tensionado na disputa entre Reforma Sanitária e o Projeto Ético Político da Profissão versus o Projeto Privatista. O que reflete nas condições de trabalho profissional, desde vínculo trabalhista aos instrumentos insuficientes ou precários.

Dessa forma, a atuação profissional se encontra entre as demandas da perspectiva do Projeto Privatista, o qual faz com que os profissionais foquem em ações fragmentárias, fiscalizadoras, assistencialismo e individualista. Por outro lado, as demandas da Reforma requerem trabalho interdisciplinar, articulação com as redes de saúde, ampliação da democratização e da participação popular. Como expõe o CFESS (2010),

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS, 2010, pg. 26)

Com isso, a atuação profissional deve ser guiada pelo Projeto da Reforma Sanitária, já que o Projeto Ético Político do Serviço Social está em sintonia com a Reforma. Isso ocorreu principalmente porque ambos foram criados no berço da redemocratização brasileira, e o Serviço Social, nas décadas de 1980 e 1990, não participou e nem se articulou com o projeto, devido a maturidade intelectual e a disputa de hegemonia, com o projeto da intenção de ruptura da própria profissão, que culminou no nosso Projeto Ético Político. Como também pela carência de ocupação dos profissionais progressista na área da saúde.

Por outro lado, durante esse período também é observado o acirramento da oposição ao projeto da intenção de ruptura, ou seja, da defesa de um projeto conservador da profissão, sob o argumento de que o marxismo não responde a todas as camadas da realidade social, apenas a econômica. Soma-se isso, a descrença na atuação das políticas públicas, e na defesa da não necessidade de um conhecimento do próprio Serviço Social. Com isso, defende-se uma atuação focada no indivíduo, sem interlocução com os determinantes sociais.

Sobre o último eixo assinalado, cabe aqui apresentar três expressões. A primeira é a constatação de que ainda existe na categoria segmentos de profissionais que, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se considerarem como assistentes sociais, recuperando uma autoapresentação de sanitaristas²². A segunda tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico. O que denota a falta de identidade desses assistentes sociais com a profissão. Essa proposição é decorrente de um movimento composto de um grupo de assistente sociais com formação especializada em diversas abordagens clínicas: holística, bioenergética, psicodrama, terapia familiar sistêmica, transpessoal. É um grupo heterogêneo que reivindica das entidades da categoria e unidades de ensino o reconhecimento do caráter clínico ou terapêutico do exercício profissional. E, por fim, percebe-se, gradativamente, o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados a importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica, de forma fragmentada. (CFESS, 2010, pg. 27-28)

Essa abordagem não aborda, assim, as relações oriundas do Capitalismo, ocultando as relações que por ele ocorrem, a origem da “questão social”, dessa forma, as desigualdades fundamentais desse modo de produção. Conforme Iamamoto (2013), os conservadores defendem que o homem é um ser naturalmente desigual, reagente das relações externas e reduzido a sua individualidade. É um indivíduo cujas possibilidades são desenvolvidas através de sua capacidade e potência, as quais são determinadas pela personalidade.

Esse processo vem ocorrendo concomitantemente aos tencionados dos projetos privatistas e da reforma, impactando no cotidiano profissional. A atuação do da assistente social

na saúde, assim, como qualquer outra área, é regulamentada pelo Código de Ética Profissional e na Lei da Regulamentação da Profissão, sobre os quais podemos expor o artigo 2º do Código de Ética,

a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código; b) livre exercício das atividades inerentes à profissão; c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais; d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional; e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional; f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código; g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população; h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções; i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos. (CFESS, 2010, pg. 33-34)

Com a fragilização da saúde pública, a atuação profissional é impactada com a precarização do SUS. O que é corroborado na pesquisa realizada em 2017 por Hoffman, et al, na rede de Atenção Básica na cidade de Natal-RN, somente em 25% dos Centros de Atenção Básica da cidade locavam profissionais de Serviço Social, as quais se concentravam nos bairros mais periféricos e vulneráveis. Além disso, as profissionais mais jovens possuíam o vínculo empregatício mais vulnerável, por meio de contratos temporários os quais iam de encontro com a Lei 12.317/10, estabelecendo a carga horária semanal de 40 horas ao invés de 30 horas semanais.

A precarização iniciava-se a partir no contrato de trabalho e continuava-se nas condições de trabalho, como falta de veículo próprio para a realização das visitas, participação de conferências e reuniões com a rede, como ausência de sala própria para o Serviço Social, necessária para o atendimento privativo e sigiloso do usuário, até mesmo de computadores. Nas palavras de Hoffman, et al,

Nessa perspectiva para os trabalhadores e trabalhadoras assistentes sociais, a precarização do trabalho perpassa desde as formas de contratação desses profissionais até as condições de trabalho que lhe são oferecidas, que em muitos casos, seguem a determinação geral das políticas sociais que é a defasagem das ofertas dos serviços orientadas por uma logística de contenção de gastos e desoneração do Estado. (HOFFMAN, et al, 2017, pg.17)

A atuação profissional do Serviço Social no Projeto Consultório na Rua, não ocorre fora desse contexto, por isso, ela é tensionada com esses desafios da profissão na saúde pública

como também pelas particularidades do Consultório. Devido as condições de habitação e vida da População em situação de Rua, o trabalho deve ser itinerante para atingir ao máximo o público-alvo. Já que a falta de residência fixa, dificuldade de locomoção dificulta a realização de encontros em lugares abrigados e fixos. Por isso, a atuação profissional é realizada na rua, em praças, marquises de lojas e bancos, calçadas, até mesmo próximo a ponto de comercialização e uso de drogas, e o horário deve ser no final da tarde para o início da noite, momento que eles se abrigam após o trabalho. O que expõe os profissionais a insegurança, tornando-os vulneráveis de violência, aumentando o estresse.

Noutras palavras,

O profissional, que atua no Consultório na Rua, tem que estar disposto a encarar um cotidiano muito específico e dinâmico, já que a rotina de trabalho se baseia na busca ativa dos usuários que serão atendidos, ou seja, são os profissionais que saem em busca da população em praças, bancos de avenidas, escadarias, marquises, terminais urbanos e rodoviários, além de localidades próximas a pontos de venda de álcool ou drogas. (MARTINI, et al, 2013, pg. 9)

Mas, é preciso deixar claro que esse problema não é do Projeto Consultório na Rua, já que somente nessas condições é possível atingir o maior público. Mas sim, reflexo das condições de vida da População em Situação de Rua, são os riscos e as violências que eles estão expostos cotidianamente. Situação oriunda das expressões da Questão Social que estão inseridos. Soma-se a isso, a contrarreforma da saúde pública do país, fragilizando o sistema de saúde e fomentando dificuldades de acesso, com precarização dos recursos, demora no atendimento, precarização também do trabalhador da saúde. Conforme o CFESS (2010), essas são as principais demandas do cotidiano profissional na saúde,

- solução quanto ao atendimento (facilitar marcação de consultas e exames, solicitação de internação, alta e transferência);
- reclamação com relação a qualidade do atendimento e/ou ao não atendimento (relações com a equipe, falta de medicamentos e exames diagnósticos, ausência de referência e contrarreferência institucional, baixa cobertura das ações preventivas, entre outros);
- não entendimento do tratamento indicado e falta de condições para realizar o tratamento, devido ao preço do medicamento prescrito, do transporte urbano necessário para o acesso à unidade de saúde, ou horário de tratamento incompatível com o horário de trabalho dos usuários;
- desigualdade na distribuição e cobertura dos serviços de saúde, nos municípios e entre os municípios, obrigando a população a ter de fazer grandes deslocamentos para tentar acesso aos serviços;
- agravamento das situações de morbidade e mortalidade por doenças passíveis de prevenção. (CFESS, 2010, pg.41-42)

As demandas do Consultório na Rua também possui terreno comum com a conjuntura da saúde pública, visto que os embate dos projetos da reforma e privatista, permeia a saúde

pública como um todo. Agravado com a vulnerabilidade da População em Situação de Rua a qual dificulta ainda mais o acesso da rede já fragilizada.

Alinhado a perspectiva da Reforma Sanitária, nesse projeto, o Serviço Social está inserido em equipes multidisciplinares, que podem se constituir em Assistentes Sociais, Agentes Sociais, Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem e Terapeuta Ocupacional, conforme as modalidades, conforme o Ministério da Saúde (2012): Modalidade I – equipe formada minimamente por 04 (quatro) profissionais sendo 2 (dois) profissionais de nível superior e 2 (dois) de nível médio; Modalidade II – equipe formada minimamente por 6 (seis) profissionais sendo 3 (três) de nível superior e 3 (três) de nível médio; Modalidade III – equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

A atuação voltada para a atenção à População em Situação de Rua é interpretada na perspectiva multiprofissional, em que fazem parte visões distintas sobre a condição de vida e saúde dessa população. O que demanda debates das profissionais de Serviço Social com a equipe para a realização de ações de promoção de ações voltadas à saúde. Como também, a assistente social realiza o atendimento direto, no qual se faz necessário o estabelecimento de vínculos, para introduzi-los na porta de entrada do SUS.

Em suma,

As atividades realizadas pelo Serviço Social no âmbito da saúde, como também dentro de uma equipe multiprofissional, estão centradas em atendimento direto ao usuário, ações socioassistenciais, socioeducativas, ações de articulação com a Equipe de Saúde, mobilização, participação e controle social, assim como investigação, planejamento e gestão. (SILVA e CAETANO, 2016, pg. 95)

A criação de vínculos é o diferencial na atuação profissional na rede de Atenção Básica, conforme Sodré, “esse o diferencial do trabalho produzido pelo assistente social. A escuta que acolhe ou o uso de uma linguagem que produza afetação no usuário do serviço de saúde é o que resulta em uma prática que envolve e tece relações diretamente com os usuários.” (SODRÉ, 2014, pg. 92).

O preenchimento de relatórios e formulários para a computação de dados sobre essa população também é realizado, o que é necessário para acompanhar o desenvolvimento dos usuários do serviço, como também para a análise investigativa e teórica da profissão. A qual é tensionada pelas condições de trabalho, como mais de um vínculo trabalhista, sobrecarga de trabalho doméstico que impedem a profissional realizar pesquisas, continuar os seus estudos e interpretações dos dados disponíveis.

A articulação com a rede de saúde e assistência social, CAPS, CRES, CREAS, Centro POP, faz parte do cotidiano profissional no Consultório. O que é fragilizado pela falta de recursos públicos, o que limita a rede em si, como falta de profissionais para que os serviços aconteçam. Outra demanda é a mediação com as equipes das Unidades Básicas de Saúde para a realização do atendimento da População em Situação de Rua, já que muitas vezes existe a ideia da fragmentação do atendimento, em que muitos profissionais de saúde entendem como responsabilidade única do Consultório o atendimento dessa população. Impactos relacionados ao esvaziamento dos recursos das políticas públicas, defendido pelo modelo privatista.

As competências da assistente social, assim como em qualquer área profissional, requerem leitura crítica da realidade, para apreender as condições de vida da sociedade, facilitar o acesso às políticas públicas, distanciando-se da perspectiva policialesca, repressora e clientelista, através da identificação das respostas do Estado e da sociedade civil, articulação com os órgãos de luta para reforçar e reconhecer os espaços de luta e defesa dos direitos das categorias e movimentos sociais e pensamento estratégico em conjunto com os trabalhadores para a criação de estratégias de pressão ao Estado para a ampliação de direitos. Ou seja,

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde. (CFESS, 2010, pg.43)

O que requer clareza dos aparatos teórico-políticos da profissão, os quais são estressados no cotidiano profissional. Isso ocorre nas relações de trabalho, ao responder as demandas da Instituição, como trabalhador assalariado, como também, discursos conservadores dos profissionais da Unidade de Saúde, os quais entendem a especificidade do Consultório como o único acesso da População em Situação de Rua, ou seja, limitando o atendimento dessa população apenas ao Consultório. Como também a dificuldade de acesso à rede, que com a leitura superficial do cotidiano, evoca o discurso de falência do Estado. Como diz Caravaca (2016),

Isto não significa que o/a trabalhador/a se encontre preso à instituição e só possa abordar as problemáticas que sejam reconhecidas pelas mesmas. Ainda que tais instituições, muitas vezes, contam com leque de demandas específicas a serem atendidas com soluções estandardizadas. Para o/a Assistente Social significa então, que seu acionar tem que mediar entre a tensão que lhe significa seu rol de profissional assalariado, mas com um posicionamento ético-político ante as definições institucionais. (CARAVACA, 2016, pg.94)

Sendo assim, como profissional assalariado, deve responder as demandas da Instituição, as quais, por vezes, são contraditórias ao projeto profissional, tensionado pela necessidade de manutenção salarial.

O projeto profissional reconhece o assistente social como um ser prático-social dotado de liberdade, capaz de projetar seu trabalho e buscar sua implementação por meio de sua atividade. Esta condição é tensionada pelo trabalho assalariado que submete esse trabalho aos dilemas da alienação, visto que ele se realiza submetido ao poder dos seus empregadores, o que restringe a relativa autonomia do assistente social. (IAMAMOTO, 2014, pg.337-338)

Com isso, é um desafio no cotidiano não perder coerência da teórico/política, nas demandas marcadas pelos grandes níveis de desigualdade, pobreza e sofrimento, as quais podem, aparentemente, evocar do profissional perspectivas imediatistas, as quais, não compreendem a realidade a longo prazo, ou superação dessa ordem econômica. Além das demandas institucionais, as quais são demandas burguesas, cujos parâmetros de qualidade são mensuráveis por meio de estatísticas.

Pois não estando a solução, a saída deste paradoxo, na simples busca da especificidade e sim na construção dum projeto societário que tenha como orientador a emancipação humana, resta à profissão o estudo, a desnaturalização dos mecanismos que articulam as formas de existência no capitalismo, a reprodução dos homens e do sistema em que estes se desenvolvem, o como e quando nossas ações reproduzem ou problematizam essa realidade [...]. (CARAVACA, 2016, pg.97-98)

Por isso, o cotidiano profissional é marcado pela contradição da própria sociabilidade capitalista, por isso, é premente a compreensão do movimento dialético e como isso impacta no atuar da profissão. Pois, a sua ação profissional dependerá do sujeito, sendo assim, é a assistente social no seu cotidiano, alienador, quem decidirá e agirá conforme o projeto profissional.

O reconhecimento da dimensão contraditória da atividade profissional não desconsidera a margem de autonomia dos assistentes sociais – nas condições sócio-históricas encontradas – de interferir no direcionamento social e ético-político do exercício profissional. Cabe aos sujeitos profissionais elegerem suas finalidades, formas de conduzi-lo e processá-lo em consonância com o reforço de determinados interesses sociais presentes nas condições e relações de trabalho que configuram o espaço sócio-ocupacional do assistente social. (IAMAMOTO, 2014, pg. 253)

Além disso, na conjuntura do capitalismo, cuja expressão é a total mercantilização da vida, o que oculta na superfície as mediações sociais, naturalizando as relações sociais,

imputando as expressões da “questão social” a natureza humana. Soma-se isso, a imediatividade do cotidiano, alienadora. Assim,

[...] passam a dominar toda a organização social: a totalidade das relações de produção social e as relações que viabilizam a reprodução. A visibilidade do poder opressivo se desvanece, tornando-se menos identificável, mais funcional e eficiente. A maioria dos homens percebe sua existência direcionada por uma instância alheia, incógnita e impessoal: o Estado, a fábrica, a universidade, o mercado, a mídia. (IAMAMOTO, 214, pg.270)

Dessa forma, a profissional inserida no Consultório na Rua deve possuir a capacidade de articular os seus instrumentos de trabalho para a análise crítica das condições de saúde da População em Situação de Rua. Fomentando, estudos e pesquisas, ainda escassos sobre essa População, endossando a apropriação de conhecimento não só da profissão, mas das outras categorias que trabalhem com esse público. O que pressupõe a necessidade do estudo continuado da carreira e da realidade social.

Além disso, a atuação do Serviço Social no Programa Consultório na Rua, possui a potencialidade de alinhamento com o MNPR/RN, o qual está estruturado na cidade de Natal, movimento ativo na gestão de políticas para a População em Situação de Rua. Sendo assim, o espaço para a atuação crítica é privilegiado, na defesa da Reforma Sanitária, conforme expõe o Projeto Ético Político,

estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados. (CFESS, 2010, pg. 30-31)

A apropriação do projeto profissional, como da reforma sanitária, a qual é coerente ao projeto, é crucial para debater as estratégias de ação da própria equipe multidisciplinar. Ampliando a perspectiva para a atuação cotidiana, sem se perder no dia a dia, uma atuação crítica que não se esgote apenas no atendimento clínico, encaminhamentos e orientações, no imediatismo cotidiano. Alinhado ao Movimento Nacional da População em Situação De Rua de Natal/RN, para explorar o potencial da articulação, impulsionando a participação da População em Situação de Rua no MNPR nos espaços democráticos e de decisões das políticas públicas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grande desafio a estruturação e a atuação da rede de cuidados para a População em Situação de Rua, é perpassada e limitada por preconceitos arraigados contra as particularidades dessa população. Para além disso, por essa política ainda ser recente, há o desafio da escassa produção intelectual sobre o Consultório na Rua, a qual também é limitada em si, com discursos conservadores sobre a População em Situação de Rua.

Isso se expressa em estudos que limitam a ida às ruas ao abuso de álcool de outras drogas, perpetuando o estigma carregado pela mídia, cujo discurso sobre essa população se dá principalmente por meio da imagem da “cracolândia”, a qual é apresentada como um problema urbano atual, tratado com higienização e repressão policial.

Com isso, existe o paradoxo ao entender a situação de rua como questões de saúde pública e políticas públicas. Porém, o entendimento de como essas pessoas se encontram é visto apenas como uma casualidade entre o abuso de álcool e outras drogas e violência. Sendo assim, utilizam ferramentas coercitivas para eliminar esses vícios, como a possibilidade de internações compulsórias, nutrindo o viés de ordem e controle para essa população.

Dessa forma, ações que não atuam na direção do cuidado com a População em Situação de Rua, mas na direção de aprofundar ainda mais o sofrimento. Refletindo na violência de confiscar os objetos e muitas vezes documentos, identidades, carteiras de trabalho, certidões de nascimento, com o objetivo de limpar os espaços públicos com os “trecos” da População em Situação de Rua.

Documentos necessários, muitas vezes, para o acesso a rede de saúde, como para o recolhimento de remédios controlados utilizados para a redução de danos do alcoolismo, ou para doenças mentais.

É necessário desvincular a imagem da pessoa em situação de rua diretamente ao abuso de álcool e outras drogas, pois não são apenas esses os problemas de saúde dessa população. É denunciar e expor a fragilidade da condição de saúde dessa população, agravada ainda mais pela repressão e higienização promovida por ações Estatais. Já que as condições insalubres de vida agravam ainda mais a exposição a doenças como hepatites virais, tuberculoses, DSTs, dermatites, problemas com os pés, como também transtornos mentais e todo tipo de sofrimento psíquico.

A escassa produção intelectual e a melhora qualitativa da criticidade de alguns estudos impacta no desenvolvimento profissional e a visão política dos profissionais que fazem parte

da rede de cuidados da População em Situação de Rua. O que dificulta a busca ao cuidado em saúde dessa população na rede do SUS, a qual se mostra limitada as suas particularidades e estigmas.

A relação do Consultório na Rua com a rede de saúde é um desafio constante na atuação desse serviço. Apesar de ser um serviço da Política Nacional de Atenção Básica, o Consultório é visto pelos outros profissionais e serviços isoladamente, entendendo o problema da População em Situação de Rua apenas dele. Devido à muitas vezes, dificuldade de diálogo com as equipes, reflexo do preconceito e discriminação que os trabalhadores da saúde ainda possuem com essa população.

Responsabilidade imputada diretamente e exclusivamente ao Consultório na Rua por causa da noção enviesada de expertise e qualificação que apenas o Consultório possui sobre a População em Situação de Rua. Por causa da dificuldade em simplesmente acolher esses sujeitos na rede de saúde, dificuldade regada aos estigmas e preconceitos dos próprios profissionais de saúde.

As ações desenvolvidas pelo Consultório na Rua possuem um grande potencial de humanizar ⁵ essa população, com a criação de vínculos, primordial ao atendimento e desenvolvimento da atuação do Consultório. Humanização necessária para o estabelecimento do vínculo dos sujeitos com a rede de saúde, com as ações itinerantes de curativos, medição de pressão, orientações e outras ações de saúde que deixam esse grupo autônomo do seu processo de saúde/doença.

Mas esse acolhimento deve ser visto não apenas como o uso da tecnologia da saúde, limitando-se a remediações, preenchimento de protocolos. Deve ser visto como troca de saberes, cultura, imbuindo significados e sentidos nessas relações.

Nesse sentido, o acolhimento se torna primordial para a criação de vínculos com a População em Situação de Rua, quebrando os estigmas das ações repressivas do Estado, promovendo a relação de troca de conhecimento e perspectivas do sujeito com o profissional de saúde. Permitindo que o usuário se torne ativo e participativo do seu tratamento de saúde,

⁵ O termo humanizar é utilizado, não no sentido de tornar humano a População em situação de Rua, mas sim, conforme a Política Nacional de Humanização a qual existe desde 2003, conforme o Ministério da Saúde, “a humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.”

quebrando a perspectiva de paciente-passivo da sua condição de saúde/doença, emancipando o sujeito, com respeito e confiança.

A atuação do Consultório na Rua é de grande potencial em si, o cuidado de intermediar o acesso aos serviços de saúde e outras redes, torna os profissionais mais sensíveis e atentos as necessidades da População em Situação de Rua. Devido a noção da importância do cuidado em rede e da escuta qualitativa para encaminhar esse sujeito aos cuidados da rede em si, reduzindo a dificuldade do acesso a rede de saúde.

Essa troca de saberes expõe o potencial de tornar esses sujeitos autônomos de suas decisões quanto aos seus cuidados de saúde. Ações de prevenção e de educação sobre saúde esclarecem e apontam as possibilidades que essa população pode escolher.

O desenvolvimento constante de ações educativas que não limitam o acesso à saúde a atividade clínica em si, é o grande potencial do Consultório, ações que vão para além do atendimento clínico. É a criação do processo de autonomia dos sujeitos com a sua saúde, seja com distribuição de insumos, palestras de prevenção e sobre doenças mais comuns a esse grupo, ações no espaço e para a População em Situação de Rua em si. Respeitando as suas singularidades e suas particularidades.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **Número de pessoas em situação de rua aumenta mais de 150% em 3 anos no Rio.** Disponível em: ><http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-06/numero-de-pessoas-em-situacao-de-rua-aumenta-mais-de-150-em-3-anos-no-rio><. Acesso em: 30/09/2018

ALMEIDA, Valdenise Barreto de; OLIVEIRA, Andreia de. **O Serviço Social na Equipe Multiprofissional de Consultório na Rua.** Disponível em: >https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/180168/101_00566.pdf?sequence=1&isAllowed=y<. Acesso em: 30/09/2018.

BORGES, Celiane Camargo. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF).** 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002. Acesso em: 11/11/2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: >https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf<. Acessado em: 10/11/2019.

_____. **Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009.** Disponível em: >http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm<. Acessado em: 01 de setembro de 2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: >http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf<. Acessado em: 05/05/2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: > <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> <. Acessado em: 15/07/2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS.** Disponível em: ><http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus><. Acessado em: 02/12/2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Seminário Nacional sobre Direitos e Garantias da População em Situação de Rua Mesa: Perfil da População em Situação de Rua.** Brasília, 30 de novembro de 2010. Disponível em: <http://www.rcdh.es.gov.br/sites/default/files/2008%20I%20Censo%20e%20Pesquisa%20Naci>

[onal%20sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf](#) Acesso em: 27/11/2017.

_____. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, abr. 2008. Disponível em: http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf Acesso em: 25/05/2017.

_____. Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.** Brasília: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 2011. Disponível em: > http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_122_25_01_2011.pdf<. Acessado em: 03/08/2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).**

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** Disponível em: > http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf <. Acessado em: 10/08/2019.

BUSS, Paulo Marchiori e FILHO, Alberto Pellegrini. **A Saúde e os Determinantes Sociais.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CARAVACA, Nalá Ayalén Sánchez. **Exercício Profissional na Atenção Básica da Saúde: Uma análise a partir das realidades do Serviço Social portenho e florianopolitano.** Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Florianópolis, 2016. Disponível em: > <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/175305/345490.pdf?sequence=1&isAllowed=y> <. Acessado em: 15/10/2019.

CERQUEIRA, Amarantha Sá Teles de. **Evolução do Processo Social População em Situação de Rua: um estudo sobre pobreza, necessidades humanas e mínimos sociais.** Brasília, 2011, UNB. Disponível em: > http://bdm.unb.br/bitstream/10483/2573/1/2011_AmaranthaSaTelesdeCerqueira.pdf <. Acessado em: 13/08/2019.

CISNE, Mirla. **Gênero, Divisão Sexual do Trabalho e Serviço Social.** São Paulo: Outras Expressões, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: **Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais.** Brasília: CFESS, 2014 (reimpressão). Disponível em: > http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf<. Acessado em: 11/06/2019.

DESLANDES, Suely Ferreira; ROMEU, Maria Gomes; MINAYO, Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33 edição. Petrópolis: Vozes, 2013.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, Marco A. de. (org.) **Reforma do Estado e Políticas de Emprego no Brasil**. Campinas-SP: Unicamp-IE, 1998. p. 09-30.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. **Determinantes sociais da saúde: o “social”**. In: Saude e Sociedade. São Paulo, 2014, vol.23 no.4. Disponível em: ><https://www.scielosp.org/article/sausoc/2014.v23n4/1173-1182/><. Acessado em: 01/09/2019.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice. **Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade**. In: Cadernos de Saúde Pública, 2015. Disponível em: ><https://www.scielosp.org/article/csp/2015.v31n7/1497-1504/#><. Acessado em: 01/09/2019.

HARVEY, David. **Cidades Rebeldes: Do Direito À Cidade À Revolução Urbana**. Tradução Jefferson Camargo. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

HOFFMANN, Edla; OLIVEIRA, Sheyla Priscila Souza de; RIDEL, Tatiana. O Trabalho do (a) Assistente Social na Atenção Básica: dilemas e perspectivas no município de Natal/RN. In: **I Colóquio Internacional Colóquio Nacional Sobre o Trabalho do/a Assistente Social** Disponível em: ><http://www.seer.ufal.br/index.php/coloiocintas/index> <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n117/05.pdf><. Acessado em: 01/11/2019

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: Capital Financeiro e Questão Social**. 8 edição. São Paulo: Cortez, 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECNÔMICA APLICADA. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil**. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf>. Acesso em: 02 out 2017

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social**. In: Revista Latino-Americana de Salud. México, vol 2, 1982. Trad. E. D. Nunes. Disponível em: >https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_online_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf <. Acessado em: 05/06/2019.

LIMA, Nathalia Potiguara de Moraes. **Movimento Nacional da População em Situação de Rua do RN: Formação Política**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018. Disponível em: ><https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/25092/1/NathaliaPotiguaraDeMoraesLima DISSERT.pdf> <. Acessado em: 04/08/2019.

MANFREDI, Alexsanda de L.L.D; VARELA, Fernanda Macedo; PADOIM, Gislaine Aparecida Arruda; SALAMON, Vanessa G.F; CASTRO, Marta Tavares de. **Reconhecimento dos Espaços de Atuação do Assistente Social**. In: Revista Maiêutica, Indaial, 2016, v. 3, n. 1, p. 105-110. Disponível em: >https://publicacao.uniasselvi.com.br/index.php/SES_EaD/article/view/1517/654<. Acessado em: 01/09/2019.

MARTINI, Débora. **A Atuação do Assistente Social na Saúde: uma reflexão sobre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família do município de Florianópolis**. In: II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais. Disponível em: >https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180371/101_00141.pdf?sequence=1&isAllowed=y<. Acessado em: 01/11/2019

MONTAÑO, C. E. **O Projeto Neoliberal de Resposta à 'Questão Social' E A Funcionalidade do 'Terceiro Setor'**. In: Revista Lutas Sociais, NEILS/PUC-SP, São Paulo: Ed. Pulsar, n. 8, p. 53-64, 1. sem. 2002

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento Social**. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2011.

NARVAI, P. C.; PEDRO, P. F. S. et al. **Práticas de Saúde Pública**. In: Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-297.

NASCIMENTO, Cláudio. **O Programa da Comuna de Paris**. Disponível em: <http://claudioautogestao.com.br/wp-content/uploads/2014/04/O-PROGRAMA-DA-COMUNA-DE-PARIS.pdf>

NOGUEIRA, Danielle de Oliveira; SARRETA, Fernanda de Oliveira. **A Inserção do Assistente Social na Saúde: desafios atuais**. In: 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Disponível em: ><https://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/13/130a0812-1065-4c0b-9ab2-41a70858af1d.pdf><. Acessado em: 01/11/2019

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Disponível em: > <http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf> <. Acessado em: 04/09/2019.

OLIVEIRA, Maria Júlia Inácio de; SANTO, Eniel do. **A relação entre os Determinantes Sociais da Saúde e a Questão Social**. Caderno Saúde e Desenvolvimento. vol.2 n.2. jan/jun 2013. Disponível em: > <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/219> <. Acessado em: 12/08/2019.

PROFISSÃO REPÓRTER. **Cresce o número de moradores de rua em São Paulo e no Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/profissao-reporter/noticia/2017/07/cresce-o-numero-de-moradores-de-rua-em-sao-paulo-e-no-rio-de-janeiro.html>> Acesso em: 30/09/2018

ROSA, Anderson da Silva; SANTANA, Carmen Lúcia Albuquerque. **Consultório na Rua como boa prática em Saúde Coletiva**. In: Revista Brasileira de Enfermagem, 2018. Disponível em: >http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0465.pdf<. Acessado em 01/09/2019.

SANTOS, Josiane Soares. **Questão Social: Particularidades no Brasil**. São Paulo: Cortex, 2012.

SILVA, Janierika Teixeira da; CAETANO, Dayane do Nascimento. **O Processo de Trabalho do/a Assistente Social no Consultório na Rua - Equipe Da UBS São João do Sistema Único de Saúde – Natal/RN**. Disponível em: ><file:///C:/Users/user/Desktop/Yasmin/706-Texto%20do%20artigo-1741-1-10-20161107.pdf><. Acessado em: 01/11/2019.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno População em Situação de Rua no Brasil 1995-2005**. Dissertação de Mestrado. UnB, Departamento de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Política Social. Brasília, 2006. Disponível em: >https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1763/1/2006_Maria%20Lucia%20Lopes%20da%20Silva.pdf<. Acessado em: 05/09/2018.

SIMÕES, Tatiana do Rego de B. A; COUTO, Maria Cristina Ventura; MIRANDA, Lílian; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Missão e Efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso**. In: Saúde Debate. Rio de Janeiro, 2017, v. 41, n. 114, p. 963-975. Disponível em: >https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0963.pdf<. Acessado em: 01/09/2019.

SODRÉ, Francis. **O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento**. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo, 2014, n.117, p. 69-83 Disponível em: ><http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n117/05.pdf><. Acessado em: 01/11/2019.

YAZBEK, Maria Carmelita. Sistemas de proteção social, Intersetorialidade e Integração de Políticas Sociais. IN: MONNERAT GL, ALMEIDA NLT, SOUZA RG (Orgs.) **A Intersetorialidade na Agenda das Políticas Sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.