



**Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER**

AMANDA KARINA ROMUALDO COSTA

**ANÁLISE TEÓRICA SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA**

**BRASÍLIA-DF
2017**

AMANDA KARINA ROMUALDO COSTA

**ANÁLISE TEÓRICA SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Serviço Social da Universidade de
Brasília como requisito para a
obtenção do grau de bacharel em
Serviço social, sob a orientação da
Profª Drª Lucélia Luiz Pereira.**

**BRASÍLIA - DF
2017**

**ANÁLISE TEÓRICA SOBRE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE RUA**

A banca examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB, da estudante Amanda Karina Romualdo Costa.

Profª. Drª. Lucélia Luiz Pereira (Orientadora)

Profª Mª. Patrícia Cristina Pinheiro de Almeida (Examinadora Interna)

Hildete dos Reis Costa - Assistente Social SES-DF (Examinadora Externa)

**BRASÍLIA
2017**

AGRADECIMENTOS

À minha família, especialmente aos meus pais que estão sempre trabalhando duro para manter, não só eu, mas todas as suas filhas estudando. Agradeço eternamente à esses dois por todo apoio, dedicação, amor e por serem os pais e as pessoas mais maravilhosas desse mundo. Muito obrigada!

À minha orientadora Prof^a. Dr^a Lucélia Luiz Pereira, por me orientar durante este trabalho, por sua contribuição, paciência e dedicação. Foi um enorme prazer ser orientada por você. Obrigada!

À Prof. M^a. Patrícia Pinheiro, por aceitar compor esta banca, por ser uma ótima professora e supervisora acadêmica de estágio. Obrigada!

À minha supervisora de campo de estágio Hildete dos Reis Costa, por se dedicar a transmitir os seus conhecimentos sobre a prática profissional, foi uma experiência de grande crescimento para mim, e agradeço também por aceitar o convite para avaliar e participar da banca examinadora do presente trabalho. Obrigada!

Às minhas amigas e amigos, por serem sempre presentes, por me fazerem bem, e pela ajuda quando muita das vezes precisei.

Às minhas companheiras de curso, especialmente Ana Paula, Bruna, Érika e Rayza, pela companhia, por compartilhar suas vidas, experiências, amizade e por darem todo apoio durante esse processo de graduação.

Essa conquista só aconteceu graças a todos vocês.

RESUMO

O trabalho teve como objetivo analisar a atenção à saúde da população em situação de rua, com base nos principais elementos trazidos na produção teórica mapeada a partir de levantamento bibliográfico. Para tal, aborda a concepção de pobreza, questão social e desigualdades sociais para que se entenda a realidade e os determinantes sociais que influencia as pessoas a morar na rua, bem como destaca a caracterização e o perfil dessa população. Trata dos determinantes sociais do processo de saúde-doença e o modo como contribui para aumentar a vulnerabilidade à saúde da população em situação de rua, os problemas enfrentados por esta população como uso de álcool e outras drogas, os problemas de saúde mental, a dificuldade para atendimento nos serviços de saúde, o preconceito que envolve os profissionais de saúde, e as consequências desses problemas nas dificuldades em acessar os serviços de saúde por parte da população em situação de rua. Além disso, o trabalho faz um histórico sobre as legislações e sobre as políticas públicas implementadas voltadas às demandas da população em situação de rua. Para tal, foca a análise na Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua, as leis que regulamentam a saúde desta população, mais especificamente o Consultório na Rua. Utilizou-se a metodologia qualitativa, baseada em levantamento bibliográfico sobre a produção de artigos relacionados à saúde da população em situação de rua entre os anos de 1998 e 2016. Foram levantados 22 artigos. A maioria produzido pela área da enfermagem. Como principais resultados da análise bibliográfica, destaca-se que há muita precariedade no atendimento dessa população, que as políticas propostas são de cunho de redução de danos e compensatórios e que há a necessidade de efetivação dessas políticas para que essa população tenha melhor acesso a atenção à saúde. .

Palavras Chaves: População em situação de rua; Saúde-Doença da população de rua; Políticas Públicas para população em situação de rua.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
METODOLOGIA	8
Capítulo 1. Pobreza, Desigualdades Sociais e População Em Situação de Rua	14
1.1 Pobreza, Desigualdades Sociais e Enfrentamento Dos Problemas Sociais	14
1.2 População em Situação de Rua: Caracterização e Perfil	20
Capítulo 2. Determinantes Sociais do Processo Saúde Doença da População em Situação de Rua	25
2.1 Acesso a saúde: Determinantes Sociais do Processo Saúde Doença	25
2.2 Saúde da População Em Situação de Rua	30
Capítulo 3. Políticas Públicas e Serviços de Saúde Especializados em População em Situação de Rua.	37
3.1 Histórico de Construção de Políticas Sociais para População em Situação de Rua	37
3.2 Políticas/Programas de Saúde voltados à população de rua e o Consultório na Rua	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos houve uma rápida urbanização, onde o crescimento das cidades aconteceu de forma desordenada, o número de pessoas nas cidades muitas vezes é maior do que a própria cidade possa suportar. Por conta da desestruturação urbana e concentração de renda dados pelo modo de produção capitalista, fatos políticos, econômicos e sociais levaram grande parte da população à desigualdade social, ao desemprego, a pobreza, a falta de moradia e de políticas públicas para os grupos mais pauperizados, contribuindo para um grande crescimento da população em situação de rua.

De acordo com a Contagem Nacional feita para a Política Nacional Para a População em Situação de Rua realizada no ano de 2007, no Brasil existe cerca de 50 mil pessoas em situação de rua, e esse número tende a crescer por conta dos direitos básicos que continuam sendo frequentemente violados. Há uma grande invisibilidade dessa população e ainda existem muitas ações assistencialistas e higienistas, além do preconceito sofrido em todos os espaços que se inserem.

Na área de saúde, há casos de recusa no atendimento nos serviços de saúde, principalmente hospitalar, da população em situação de rua. A maioria dos casos ocorrem por preconceitos em relação a higiene. Por conta disso, muitas vezes esses usuários deixam de buscar atendimento à saúde chegando em hospitais apenas em quadro mais complicados, quando a doença já está agravada. Desta forma, o presente trabalho teve como objetivo identificar através de levantamento bibliográfico dados sobre a atenção à saúde da população em situação de rua, para identificar as políticas públicas voltadas à saúde da população em situação de rua, dando ênfase também às outras políticas, e busca entender através dos artigos pesquisados como está sendo tratado a população em situação de rua no cotidiano e quais são estratégias adotadas por essa população, baseando-se nos resultados dos principais artigos pesquisados.

O primeiro capítulo aborda a questão da pobreza, das desigualdades sociais e população em situação de rua, fala sobre a concepção de pobreza, seus determinantes sociais, e seu contexto histórico de enfrentamento, além disso, fala

sobre o histórico, caracterização e enfrentamento das desigualdades sociais. Ainda no primeiro capítulo, fala-se sobre a população em situação de rua, sobre os determinantes sociais, os fatores que motivam essa população a estarem em situação de rua, caracterização e perfil dessa população.

O segundo capítulo discute a saúde da população em situação de rua traçando um breve histórico sobre as políticas de saúde no Brasil, as principais leis e decretos que regulamentam os serviços de saúde, sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), e os determinantes sociais do processo saúde-doença que levam essas pessoas em situação de rua ao adoecimento. O capítulo aborda ainda os tipos de doenças mais frequentes que acometem essa população e quais são os fatores que provocam essas enfermidades, a dificuldade de se tratarem na rua e a falta de acesso regular a medicamentos. Traz uma reflexão sobre os princípios da equidade e universalidade previstos na lei do SUS e que não são efetivados uma vez que os serviços de saúde não se adaptam às particularidades da população em situação de rua.

O terceiro capítulo trata das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua, a partir do histórico de construção das políticas sociais voltadas a população em situação de rua mostrando que, mesmo com a Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua e diversas outras conquistas adquiridas ao longo dos últimos anos, é visto que essa população ainda passa por diversas dificuldades no cotidiano e por negação de direitos. Destaca a implementação do Programa Consultório na Rua, os marcos regulatórios que garantem saúde como direito dessa população e os outros meios de atendimento em saúde, que são mais usados pela população em situação de rua.

METODOLOGIA

A escolha do tema Atenção à Saúde da População em Situação de Rua foi feita a partir da experiência de estágio obrigatório, realizado no Hospital Regional da Asa Norte-HRAN, onde me chamou muita atenção os problemas que as pessoas

em situação de rua enfrentam para conseguir atendimento e efetivar seus tratamentos de saúde.

Chama atenção a quantidade de pessoas em situação de rua que frequentam os prontos socorros de hospitais públicos, notando-se que há uma menor procura pela atenção primária. Existem casos, por exemplo, dos usuários sofrerem discriminação por parte dos profissionais de saúde, chegando alguns a negar atendimento médico para essa população.

O trabalho em questão foi feito através de conhecimentos científicos voltados para o tema da saúde da população em situação de rua a partir do método de pesquisa qualitativo. Neste trabalho, foi utilizado como técnica de coleta de dados a pesquisa bibliográfica com base em artigos publicados. Para tal, foi utilizado como fonte de pesquisa a base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), o Banco de Teses & Dissertações (CAPES), a Biblioteca Digital de Monografias da Universidade de Brasília (DBM/UnB), entre outros documentos publicados sobre a população em situação de rua.

A pesquisa dos artigos foi conduzida a partir do objetivo deste trabalho. Verificou-se que há uma grande escassez de informações sobre saúde da população em situação de rua, o que limitou a pesquisa, já que ocorreu dificuldade em localizar artigos sobre a temática.

Foram utilizadas as seguintes palavras chaves para a pesquisa bibliográfica: população de rua, pessoas em situação de rua, pessoas desabrigadas, políticas públicas para população de rua, saúde da população de rua, saúde e população de rua, saúde-doença da população em situação de rua.

Após a realização da busca nas bases de dados, foram selecionados os artigos que se relacionam com o tema saúde.

Em relação ao recorte temporal, foram considerados os artigos publicados nos últimos dezenove anos, pois não foram encontrados artigos mais antigos que estes, observa-se com isso que os estudos voltados a população de rua é bastante recente. Desta forma, foi levantado um total de vinte e dois (22) artigos distribuídos entre os anos de 1998 e 2016 para analisar os dados de atenção à saúde da população em situação de rua, não limitando o trabalho somente à esses artigos, pois foram pesquisados também diversos outros artigos de temas relacionados a

população em situação de rua. A seguir, segue tabela síntese dos artigos mapeados no levantamento e utilizados na construção da discussão sobre saúde da população em situação de rua.

Tabela 01: Artigos mapeados por base de dados, ano/área de publicação e metodologia adotada nas pesquisas:

Nome dos artigos encontrados	Base de dados	Ano de publicação	Metodologia adotada	Área do artigo
Serviço de Saúde e População de Rua: Contribuição para um debate	Scielo	1998	Qualitativa	Medicina
Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social	Scielo	2003	Qualitativa	Medicina
Quem vocês pensam que eles são? Representações sobre as pessoas em situação de rua.	Scielo	2004	Qualitativa	Psicologia
Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde	Scielo	2004	Qualitativa	Psicologia
População em situação de rua: contextualização e caracterização	Textos&Contextos (Porto Alegre)	2005	Qualitativa	Direito

Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas	Scielo	2005	Qualitativa	Saúde Coletiva
O Processo Saúde-Doença-Cuidado e a População em Situação de Rua	Revistas USP	2005	Qualitativa	Enfermagem
O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença	Scielo	2006	Qualitativa	Enfermagem
Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”	Scielo	2007	Qualitativa	Enfermagem
Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde	Scielo	2007	Qualitativa	Medicina
Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo	Scielo	2007	Qualitativa	Enfermagem
Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social	Scielo	2009	Qualitativa	Saúde Coletiva

Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua	Scielo	2010	Qualitativa	Psicologia
A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos	Scielo	2010	Qualitativa	Saúde Coletiva
Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil	Scielo	2012	Qualitativa	Saúde Coletiva
A População em Situação de Rua e a Luta Pela Cidadania	ResearchGate	2014	Qualitativa	Serviço Social
População em Situação de Rua e Políticas Públicas: os limites à efetivação dos direitos na cidade de Manaus	UFMA	2015	Qualitativa	Serviço Social
Pessoas em Situação de Rua: das Trajetórias de Exclusão Social aos Processos Emancipatórios de Formação de Consciência, Identidade e	Revistas Unal	2015	Qualitativa	Psicologia

Sentimento de Pertença				
Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua	SciELO	2015	Qualitativa	Medicina

Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate	SciELO	2015	Qualitativa	Serviço Social
Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática	SciELO	2016	Qualitativa	Enfermag em

Percebe-se que todos os artigos são qualitativos. Em relação ao ano de publicação, verificou-se que houve uma ampliação de publicações nos anos de 2005 a 2010 e no ano de 2015.

Capítulo 1. Pobreza, Desigualdades Sociais e População Em Situação de Rua

1.1 Pobreza, Desigualdades Sociais e Enfrentamento Dos Problemas Sociais

A concepção de pobreza é ampla e não consensual, foi construída historicamente e determinada socialmente. A pobreza é resultado das relações sociais e não se determina apenas por caráter econômico. “É uma categoria multidimensional, e, portanto, não se caracteriza apenas pelo não acesso a bens, mas é categoria política que se traduz pela carência de direitos, de oportunidades, de informações, de possibilidades e de esperanças.” (Martins 1991, p. 15)

Osterne (2001, p. 101, apud Silva, Ponte e Pacheco, 2013 p. 47) reconhece essa noção, na medida em que conclui que a pobreza “é um problema societário e que toda e qualquer definição a seu respeito estará sempre fazendo referência explícita ou implícita, a algo acerca da sociedade.”

Segundo Silva, Ponte e Pacheco (2013, p. 47)

“a diversidade socioeconômica e cultural de vários países resultou na utilização de diferentes conceitos de pobreza, porém, para fins analíticos, sua tipologia pode ser compreendida em três grupos. O primeiro grupo é quando a renda do país não é necessária para suprir as condições mínimas. Apresenta baixa renda per capita e a pobreza absoluta é inevitável; o segundo é típico dos países desenvolvidos, apresentando alta renda per capita, no qual a desigualdade de renda é compensada mediante transferências de renda e universalização dos serviços públicos. O terceiro são os países que se encontram em condições intermediárias, no qual a renda per capita mostra que os recursos disponíveis são suficientes para todos na garantia dos mínimos, ao passo que a pobreza absoluta se dá devido à má distribuição de renda.”

O Brasil se encaixa nesse último grupo, pois é um país vasto de riquezas naturais e econômicas, e o problema da pobreza se resulta da má distribuição de renda e recursos naturais.

Osterne (2001) afirma que a pobreza

“Por não se tratar de uma categoria meramente econômica, mas, acima de tudo, política, o entendimento de pobreza comporta, além da privação de recursos sociais necessários à provisão da subsistência, privações de ordem espiritual, moral e política. Essas dimensões, obviamente presentes na condição de pobreza, emprestam ainda maior complexidade a sua compreensão como fenômeno social” (OSTERNE, 2001, p. 96 apud Silva, Ponte e Pacheco, 2013 p. 48).

Nesse ponto de vista, a concepção de pobreza se complica e mostra que ela se caracteriza a partir das relações sociais, e é ligada ao meios econômicos, culturais, políticos, morais, sociais e espirituais. “A pobreza é um fator que não pode ser separado dos limites da estrutura do poder e suas resultantes desigualdades sociais. A insuficiência de renda faz com que a população pobre não tenha acesso a bens e serviços, intensificando a desigualdade de oportunidades e a impossibilidade de inclusão econômica e social dessa população na sociedade.” (Silva, Ponte e Pacheco 2013 p. 46)

Esses problemas sociais é algo característico ao modo de produção capitalista, esse modelo contribui para a expansão e intensificação das desigualdades sociais, da pobreza e da pauperização em favor da concentração de riqueza e poder em certas parcelas da sociedade. A pobreza de hoje se diferencia da existente nas sociedades anteriores pois naquela época a pobreza ocorria por conta da escassez de recursos, diferente de agora que acontece mesmo quando as sociedades têm condições de erradicá-la.

No início do século XIX, com o aumento da exploração das forças de trabalho, houve um agravamento na situação da classe trabalhadora designada de pauperismo e com isso a miséria tornou um fato incessante na vida social. Na busca de melhores condições de vida e de trabalho, surge a discussão sobre “questão social” que na concepção de lamamoto

“a “questão social” está ligada a “emergência do trabalhador livre” que depende exclusivamente da venda de sua força de trabalho para

satisfazer suas necessidades de reprodução (alimentação, vestuário, moradia etc.). A autora afirma que “assim, a questão social condensa o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando plenitude de suas expressões e matizes em tempo de capital fetiche.” (IAMAMOTO, 2012, p. 156)

Segundo Cruz (2015), é fato afirmar que a questão social resulta da contradição entre capital versus trabalho, da exploração da força de trabalho e que a sua expressão mais evidente é o pauperismo, mas esta não é a única.

O pauperismo é responsável pela “classificação” da pobreza como “questão social”. As formas de enfrentamento à “questão social” são distintas, como a “questão social” se dá de forma diferente em cada fase do capitalismo, as formas de responder a ela também. Cada mudança no modo de produção produz novas formas de manifestação desse fenômeno, exigindo novas formas de enfrentamento. (Cruz, 2015 p.4).

Os problemas sociais foram tratados por muito tempo de forma repressiva e violenta, realmente como caso de polícia, e foram as lutas sociais que acabaram com o domínio dos interesses privados nas relações entre capital e trabalho, passando os problemas sociais para a esfera pública. De acordo com Osterne (2001), conforme citado por Silva, Ponte e Pacheco, (2013 p. 04) a pobreza no Brasil, até a década de 30 era tratada como caso de polícia, não sendo dessa forma, reconhecida como um problema social. Pelo que é visto no cotidiano esses problemas ainda vem sendo tratados como caso de polícia.

Assim, desprende-se que naquele período o enfrentamento à pobreza possuía um caráter repressivo do Estado, onde os problemas sociais eram vistos como isolados, casuais. Havendo uma culpabilização do indivíduo por sua situação de pobreza, onde o combate a esta ficava a cargo da filantropia e da caridade. (OSTERNE, 2001, p.104 apud Silva, Ponte e Pacheco, 2013 p.04)

De acordo com Cruz (2015) a pobreza tem ganhado maior destaque entre os problemas sociais, e ao ponto de vista da autora a focalização da pobreza é apenas uma forma de esconder os problemas mais agravantes que guiam as relações sociais. Não é interesse do capitalismo acabar com as desigualdades, pois essas são necessárias para o seguimento de sua reprodução, proporcionando a existência de dois extremos um é a acumulação de riquezas em posse de uma minoria e no outro a pobreza sendo produzida simultaneamente. É a partir da pobreza que o desenvolvimento do capital se beneficia.

“É perceptível a manutenção das desigualdades sociais, reforçando assim, a solução conservadora para a “questão social”: reformar para conservar. Dessa forma, entendemos que o combate a pobreza faz parte das estratégias de manutenção da ordem, pois atendem as necessidades imediatas dos sujeitos das classes subalternas, prevenindo possíveis revoltas, e inquietações por parte destes” (Cruz, 2015, p. 10)

É a partir do histórico de relações de trabalho e o capitalismo que se chega a pensar no contexto das populações em situação de rua da atualidade, como diz Silva (2010)

nas sociedades pré-industriais da Europa a expulsão dos camponeses de suas terras para a construção de indústrias levou muitas pessoas à situação de rua, e isso se reflete até hoje nas sociedades contemporâneas e, é claro, no Brasil. A origem e reprodução do fenômeno população em situação de rua vinculadas aos processos inerentes à acumulação do capital constitui o principal argumento em sua caracterização como uma expressão da questão social. Além disso, a superpopulação relativa, que abriga a população em situação de rua é um instrumento de controle do capital sobre o trabalho, ao mesmo tempo, em que é um fator que impulsiona a reação do trabalho às exigências do capital. (SILVA, 2010 p.04)

De acordo com a autora, o que se nota sobre a realidade da população em situação de rua no Brasil, junto com outros agentes sociais, é que, esta é resultado

dos impactos causados pelo modo de produção capitalista, essa realidade corporifica a violência do capitalismo sobre essa população, que são submetidas ao remoto da degradação da vida.

O enfrentamento das desigualdades sociais se dão principalmente através de políticas públicas que incluem toda a sociedade nos processos de desenvolvimento social, e essas são conquistadas através de lutas por direitos e concedidas pelo governo.

As autoras Ferreira, Lima, Silva, Couto e Rojas (2007, p. 03) faz uma breve pesquisa sobre o processo de urbanização na realidade brasileira para poder entender as relações que acontecem nesse campo, e concluíram que ao longo da história, esse processo se deu por grandes contradições sociais trazendo como símbolo a pobreza as desigualdades sociais e a segregação socioespacial, sendo este último o fator mais evidente da exclusão urbana.

Para a autora Lima a exclusão territorial mais do que a imagem dá desigualdade é a condenação da cidade como um todo a um “urbanismo de risco”, com efeito, ao crescimento das favelas, às conseqüências socioambientais, entre as quais a violência urbana. À dificuldade de acesso aos serviços e infraestrutura urbanos somam-se menores oportunidades de emprego (particularmente do emprego formal), menores oportunidades de profissionalização, maior exposição à violência (marginal ou policial), discriminação racial, discriminação de gênero e idade, difícil acesso à justiça oficial, difícil acesso ao lazer. (Ferreira, Lima, Silva, Couto e Rojas, 2007, p. 03)

De acordo com essas autoras, o crescimento das desigualdades sociais, da pobreza urbana, o isolamento social cada vez maior dos segmentos pobres, a violência urbana, entres outras complicações, têm resultado em grandes preocupações na sociedade e no âmbito acadêmico em particular, é visto que é importante ficar ciente desses problemas para atualizá-los e enfrentá-los, posicionando o Estado e as políticas públicas no centro desse debate.

Ferreira, Lima, Silva, Couto e Rojas (2007) afirmam que uma resposta ideal para o enfrentamento dos problemas sociais no Brasil, seria a adoção de políticas

redistributivas, de combate a pobreza urbana e de integração social. E o que se vê atualmente no nosso país, são políticas sociais mais compensatórias e menos distributivas nos processos de enfrentamento da exclusão social, como por exemplo os programas de transferência de renda.

No Brasil a idéia central dos programas de Transferência de Renda é proceder a uma articulação entre a transferência monetária e políticas educacionais, de saúde e de trabalho direcionadas para crianças, jovens e adultos de famílias pobres. (SILVA e SILVA, 2007, pág: 1431-32)

Atualmente no Brasil existe o Programa Bolsa Família, um programa de transferência de renda que visa reduzir a pobreza absoluta no Brasil, esse programa de fato tirou milhares de pessoas da pobreza, mas esse tipo de programa de transferência de renda é insuficiente para acabar com as desigualdades sociais, visto que esse programa só estimula o consumo e o poder de compra das classes desfavorecidas (SILVA,2006).

Uma forma de enfrentamento mais justa seria o investimento em educação, em saúde, estimular a práticas de esportes, lazer, cultura, melhoria das condições de habitação, ou seja, garantir a efetivação de todos os fatores sociais, pois, são importantes para enfrentar as desigualdades sociais, sendo este programa de transferência de renda, apesar de importante, ainda insuficiente para resolver o problema.

No Brasil percebe-se que políticas de enfrentamento dos problemas sociais tem um objetivo mais focado na perspectiva de tranquilizar as relações entre a sociedade civil e o Estado. Infelizmente as políticas sociais no Brasil, no contexto atual, é muito subordinada aos interesses do capital.

“Por outro lado, cresce a dependência, de segmentos cada vez maiores da população, da intervenção estatal no atendimento de suas necessidades, particularmente no que se refere às condições de vida no espaço urbano. Em face de uma demanda crescente, sobretudo das populações carentes, a intervenção do Estado vem se revelando inoperante e incapaz de modificar, ao final dos anos 80, o perfil de desigualdade social que caracteriza a sociedade brasileira, que, ao

contrário, agrava-se diante da recente política recessiva e do enorme desemprego por ela gerado.” (Yazbek, 2015 p. 46)

Então o que se conclui é que, os problemas do contexto atual, sobre pobreza, desigualdades sociais e seus enfrentamentos, ocorrem por interesses do capital, e só existem intervenções para o enfrentamento dessas questões devido à lutas de classes que tenciona na busca de políticas sociais distributivas e voltada para todos.

1.2 População em Situação de Rua: Caracterização e Perfil

A população em situação de rua é um grupo populacional heterogêneo, caracterizado por sua condição de pobreza extrema, pela interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e pela falta de moradia convencional regular. “São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios, etc.), áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas, etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar.” (Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua, 2008, p.08)

A existência de indivíduos em situação de rua materializa a profunda desigualdade social brasileira, e se insere na lógica do capitalismo, onde pobreza absoluta favorece o seu funcionamento.

Este fato acontece na sociedade brasileira desde os seus primórdios de formação das cidades. De acordo com a Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua (BRASIL, 2008 p. 03) a população em situação de rua encerra em si o trinômio exprimido pelo termo exclusão: expulsão, desenraizamento e privação, e podem ser consideradas vítimas de processos políticos, sociais e desigualdade econômica.

Existem vários fatores que motivam a existência de pessoas em situação de rua de acordo com Silva (2006)

“são comumente enumeradas várias espécies de fatores motivadores da existência de pessoas em situação de rua, tais como fatores estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças

econômicas e institucionais de forte impacto social etc.), fatores biográficos (alcoolismo, drogadição, rompimentos dos vínculos familiares, doenças mentais, perda de todos os bens, etc. além de desastres de massa e/ou naturais (enchentes, incêndios, terremoto, etc.).” (Silva, 2006 p.82)

De acordo com a autora, este fator se trata de um fenômeno multifacetado e não pode ser explicado através de uma perspectiva unívoca e monocausal. Segundo ela são múltiplas as causas e as realidades para se vivenciar a situação de rua.

“(…) pode-se dizer que o fenômeno população em situação de rua vincula se à estrutura da sociedade capitalista e possui uma multiplicidade de fatores de natureza imediata que o determinam. Na contemporaneidade, constitui uma expressão radical da questão social, localiza-se nos grandes centros urbanos, sendo que as pessoas por ele atingidas são estigmatizadas e enfrentam o preconceito como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído pela sociedade. É um fenômeno que tem características gerais, porém possui particularidades vinculadas ao território em que se manifesta. No Brasil, essas particularidades são bem definidas. Há uma tendência à naturalização do fenômeno, que no país se faz acompanhada da quase inexistência de dados e informações científicas sobre o mesmo e da inexistência de políticas públicas para enfrentá-lo”. (Silva, 2006, p.95)

Atualmente, a visão predominante da sociedade civil e do Estado em relação à população de rua se restringe apenas a higienização pessoal, necessidades assistencialistas e paternalistas. De acordo com a pesquisa feita para a construção da Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua (2008)

“essas perspectivas não poderiam dar conta do complexo processo de reinserção destas pessoas nas lógicas da família, do trabalho, da moradia, da saúde e das tantas outras esferas de que estão apartadas. Ao mesmo tempo, a rua não deve ser vista somente como lugar de circulação entre espaços privados, uma espécie de limbo entre situações

reconhecidas, mas como espaço em si, tão abarcador e produtor de realidades como qualquer outro. Estar na rua é ocupá-la, não como violação do espaço limpo e vazio. É preciso desconstruir a bipolaridade ontológica entre normal e anormal colocada para as pessoas em situação de rua, considerando a produção e reprodução de identidades sociais dentro mesmo do que Gregori (2000) conceitua como circulação entre espaços e papéis sociais.” (Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua, 2008 p. 04)

Existem outras características que perpassam a população de rua que devem ser consideradas, como raça/cor, idade, gênero e deficiências mentais e físicas.

No Brasil existe cerca de 50 mil pessoas em situação de rua, e esse número tende a crescer por conta dos direitos básicos que continuam sendo frequentemente violados.

Na pesquisa nacional por amostragem e censitária do perfil da população em situação de rua realizada em 2007 foram estabelecidas, as cidades brasileiras com um número superior a 300.000 habitantes pois se concluiu que é nas grandes cidades que há maior concentração da população em situação de rua em municípios mais populosos e nas capitais dos estados. Sendo assim, a pesquisa se deu nas capitais de estado e no Distrito Federal. As cidades de São Paulo-SP, Recife-PE, Belo Horizonte-MG e Porto Alegre-RS foram excluídas da pesquisa pois recentemente já haviam realizado uma pesquisa semelhante em seus municípios sobre a população em situação de rua. Então a pesquisa foi realizada em 71 municípios, sendo 23 capitais e 48 municípios com população igual ou superior a 300.000 habitantes.

“A pesquisa nacional, imprescindível para o conhecimento aprofundado da população em situação de rua, identificou 31.922 pessoas (maiores de 18 anos) em situação de rua. Este número total, se considerado juntamente com as pesquisas de outras cidades, cujos dados estão disponíveis podemos estimar um número aproximado de 50.000 pessoas nas capitais de estado (e Distrito Federal) e cidades com mais de 300 mil habitantes do Brasil.” (Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua, 2008, p.09)

De acordo com a política, a Contagem Nacional apontou que 0.061% da população das cidades pesquisadas encontram-se em situação de rua. Segundo dados da pesquisa (2008), a população em situação de rua é predominantemente masculina (82%), a maioria se encontram na faixa etária entre 25 e 44 anos, a proporção de negros e pardos é maior nesta população, os níveis de renda são baixos, a maioria recebe de R\$ 20,00 a R\$ 80,00 semanais, a maioria sabem ler e escrever, a imensa maioria não estuda atualmente, 48,4% não concluíram o primeiro grau e apenas 3,2% concluíram o segundo grau. Costumam dormir na rua (69,6%), os outros dormem em albergues ou alternam entre dormir na rua e em albergues, a maioria dessa população dormem na rua pela preferência de liberdade.

Ainda segundo a pesquisa, os principais motivos que levaram essas pessoas a morar e viver na rua foram problemas com alcoolismos e/ou drogas, desemprego e desavenças com a família.

Dentre o total, 48,4% estão há mais de dois anos na rua ou em albergue. Foram identificados eventuais vínculos familiares da população em situação de rua, 34,3% possuem contato com parentes residentes na mesma cidades que eles.

A população em situação de rua é constituída em grande parte por trabalhadores (70,9%), entre as atividades desenvolvidas se destacam: catador de materiais recicláveis, construção civil, flanelinha, limpeza e estivador. Apenas 15,7% das pessoas pedem dinheiro para sobrevivência. Estes dados são importantes para que se acabe a concepção de que a maioria da população de rua é mendigo ou pedinte. A maioria dos trabalhos realizados pela população em situação de rua situam-se no modo de economia informal, apenas 1,9% dos entrevistados estão trabalhando com carteira assinada. A maioria (79,6%) consegue fazer ao menos uma refeição ao dia.

No âmbito de saúde, 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde, dentre os mais citados se destaca: hipertensão, HIV/Aids, problemas psiquiátrico/mental e problemas de visão/cegueira.

Dos entrevistados, 18,7% fazem uso contínuo de algum medicamento e conseguem esses medicamentos através de centros/postos de saúde, quando doentes 43,8% procuram em primeiro lugar as emergências de hospitais, em segundo, procuram os postos de saúde. Para tomar banho e fazer suas necessidades fisiológicas a maioria

da população utilizam as ruas, banheiros públicos ou albergues e abrigos.

Entre as pessoas entrevistadas, 24,8% da população em situação de rua não possuem nenhum tipo de documento de identificação, e esse fator dificulta no processo de obtenção de emprego formal e acesso aos serviços e programas governamentais e o exercício da cidadania. Somente 21,9% possuem todos os documentos de identificação.

A pesquisa (BRASIL, 2008) apontou ainda que a grande maioria dessas pessoas não são cobertas por programas governamentais, 88,5% afirmam não receber qualquer tipo de benefício dos órgãos governamentais. E entre os benefícios recebidos se destacaram a aposentadoria, o Programa Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada.

Analisando a realidade desse público percebe-se que a população em situação de rua sofre todos os tipos de violações dos seus direitos humanos e sociais, e sobrevivem utilizando diferentes tipos de estratégias. É muito importante a identificação dessas estratégias de sobrevivência para propor políticas públicas mais eficientes para a inclusão da população em situação de rua.

Capítulo 2. Determinantes Sociais do Processo Saúde Doença da População em Situação de Rua

2.1 Acesso a saúde: Determinantes Sociais do Processo Saúde Doença

Segundo os autores Barberá, Queiroz, García e Romera (2007 p.4) “a Política de Saúde, definidora de novas relações entre Estado e Sociedade, aconteceu na transição do período ditatorial para a democracia, nos anos 80, com o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, envolvendo intelectuais, profissionais de saúde, movimentos sociais e estudantis e a participação da população das periferias e grandes centros, lutando em prol de melhorias na saúde. Foi elaborado um documento intitulado “Pelo Direito Universal em Saúde” afirmando o dever do Estado em se comprometer e viabilizar a saúde a todos os cidadãos independente de cor, raça, religião, gênero, idade, local de moradia, situação de emprego ou renda.”

“Este movimento teve como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita a dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento à determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho na saúde.” (VASCONCELOS, 2002, p. 76 in Barberá, Queiroz, García e Romera, 2007 p.4).

Segundo os autores citados acima, em 1988, como um dos resultados do embate político entre diversos segmentos da sociedade que trouxe para o cenário político a discussão do direito social, foi aprovada a atual Constituição Federal. A saúde passou a fazer parte da Política de Seguridade Social, juntamente com a Assistência Social e a Previdência Social. Na Constituição ficou garantido o seu caráter público e de responsabilidade do Estado, com base nos princípios: da universalidade, equidade e integralidade.

“A Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante

políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua proteção e recuperação.” (Constituição Federal 1988 Art. 196)

Foi a partir da Constituição de 1988, que foram surgindo iniciativas institucionais legais e comunitárias que possibilitaram o direito à saúde. Um dos resultados dessas ações foram a Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/1990, as Normas Operacionais Básicas-NOB n.8.142/90, e o Decreto nº. 99.438/90. Em seguida foi regulamentado o Sistema Único de Saúde- SUS decursivo da lei nº 8.080/90, tendo como base a equidade, integralidade e universalidade, e os serviços privados contratados ou conveniados. Nessa regulamentação fala que os serviços devem ser garantidos para todos os cidadãos conforme a particularidade de cada região para a proteção, promoção, e a recuperação da saúde, em benefício do bem estar físico, mental e social. No capítulo II da Lei Orgânica da Saúde, desenvolvido de acordo com o artigo 198 da Constituição Federal, “as ações e serviços públicos de saúde e serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS se desenvolvem obedecendo os seguintes princípios:

“I- Universalidade de acesso aos serviços de saúde a todos os níveis de assistência;

II- Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos níveis de complexidade do sistema;

III- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV- Igualdade de assistência à saúde, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie; [...]” (Lei Orgânica da Saúde, 1990)

Apesar de implantado e efetivado em todo o território nacional, o que pode se ver no cotidiano é que o SUS ainda não superou alguns dos seus problemas. Ainda existe precariedade de recursos orçamentários e ameaças frequentes de

privatização, alta demanda, a falta de recursos humanos, má qualidade dos atendimentos na área de saúde pública, entre outros tipos de problemas que precisam ser enfrentados pelas nossas autoridades públicas.

“Um desses problemas é consequência do projeto neoliberal, que questiona a cobertura estatal para a saúde e indica o setor privado como mais eficiente e, nesta concepção o Estado incentiva a promoção de parcerias, tanto com mercado, como com organizações da sociedade civil para se desresponsabilizar, principalmente, pela universalidade ao acesso.”
(Barberá, Queiroz, García e Romera,2007 P.5)

Neste contexto, a população pobre é mais prejudicada porque são desprovidos de condições financeiras para pagar pelos serviços particulares, e quando vão à procura de serviços públicos, encontram uma gestão ineficaz na organização e na oferta de diversos serviços médicos. Laurell (1997) apud Prado (2003, p. 19) in Barberá, Queiroz, García e Romera (2007 p.6) afirma que:

“A saúde é necessidade humana essencial porque, sem saúde, não se tem possibilidade de desenvolver capacidades e potencialidades produtivas e sociais; sem saúde, não é possível participar plenamente da vida social como integrante da coletividade e como indivíduo, sem saúde, não há nem liberdade nem cidadania plena. Por isso, a garantia, a promoção e a prevenção da saúde, através da ação política e por meios de medidas universais e igualitárias, constitui responsabilidade ética da sociedade.”

Desta forma, o que vemos é um movimento oposto ao texto constitucional, que somente visa a redução de gastos, o custeio e investimentos dos recursos públicos.

Para garantir uma melhoria no SUS, o Ministério da Saúde implantou as Redes de Atenção a Saúde. De acordo com o Portal da Saúde, “*as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.*”
(Ministério da Saúde-2010 portaria nº 4.279, de 30/12/2010)

De acordo com o Ministério da Saúde (2010) a implementação das RAS tem como objetivo alcançar uma maior eficácia na produtividade da saúde, uma melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e coopera para a melhoria do processo de efetivação do SUS. Para concretizar um sistema integrado, organizado por redes, deve haver uma construção constante nos territórios para que seja permitido o conhecimento do valor real dessa proposta de inovação na organização do sistema de saúde.

“Os pontos de atenção passam a ser entendidos como espaços em que são oferecidos alguns serviços de saúde, sendo todos igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos da rede de atenção. Ao contrário da forma de trabalho em sistemas de saúde hierárquicos, de formato piramidal e organizado segundo a complexidade relativa de cada nível de atenção (atenção primária, de média e de alta complexidade), as RAS são espaços que visam assegurar o compromisso com a melhora de saúde da população, ofertando serviços contínuos no âmbito dos diferentes níveis de atenção à saúde.” (Portal da Saúde, 2010)

De acordo com a UNA-SUS/UFMA (2015, p.16) “para a lógica das RAS, um pronto-socorro e um centro de especialidades, por exemplo, são igualmente importantes na garantia da atenção à saúde do usuário, pois ambos cumprem papéis específicos para necessidades específicas.”

Partindo para os determinantes sociais de saúde

“(…) há desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde, consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. É através do conhecimento deste complexo de mediações que se pode entender, por exemplo, por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Embora o volume de riqueza gerado por uma sociedade seja um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, o estudo dessas mediações permite entender por que existem países com um PIB total e PIB per capita muito superior a outros que, no entanto, possuem indicadores de

saúde muito mais satisfatórios.” (BUSS, FILHO 2007 P.81)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS,2005), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam diretamente na ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

A importância dos determinantes sociais na saúde foi construída ao longo da história. Entre as diversas referências para os problemas de saúde, o grande reforço para entender esses determinantes foram estudos sobre riscos ocupacionais e de contaminação de água e alimentos que deu ênfase na importância de se tratar dos determinantes sociais que acarretam os problemas de saúde da nossa população.

Os autores Buss e Filho (2007) afirmam que saúde é resultado de uma produção social, e que esta ultrapassa a questão biológica, pois ela depende da forma como se organiza e vive a sociedade, incluindo a influência da globalização.

“Sendo assim, a ausência de saúde pode ser resultado da manutenção da pobreza, quando doentes não conseguem trabalhar e prover o sustento da sua família. Fala-se, inclusive, de doenças resultantes das condições insalubres de moradia que afetam famílias inteiras, prejudicando principalmente, as crianças que são mais vulneráveis.” (Barberá, Queiroz, García e Romera,2007 p.6)

Então é importante saber que a saúde não se obtém através do combate de doenças, o que determina o padrão de saúde da população são os fatores sociais como o tipo de moradia, de água consumida, a qualidade do saneamento básico nas regiões, entre outros fatores, sendo importante tratar com atenção a população como um todo para que haja uma garantia de saúde e qualidade de vida para todos.

É importante que melhore além dos serviços de saúde, as condições de trabalho, de habitação e saneamento básico para que a população tenha boas condições de saúde, pois este fator não se dá apenas por cuidados pessoais, mas sim por todos os outros fatores sociais.

Por isso, é importante falar sobre o SUS, sua criação e melhorias, além dos determinantes sociais para entender o contexto da saúde da população em geral e também da população em situação de rua, para que haja melhor entendimento das suas enfermidades e as particularidades de atendimento que necessitam essa população.

2.2 Saúde da População Em Situação de Rua

A população em situação de rua é um grupo social resultante do pauperismo e vivem na realidade urbana atual. O seu número cresce e oscila de acordo com os períodos de recessão econômica. De acordo com os autores Junior, Nogueira, Lanferini, Ali e Martinelli (1998) essa expressão da questão social tem ganhado uma maior visibilidade às demandas dessa população para diversos setores da área social como: assistência social, habitação, saúde e segurança pública.

Demorou muito para existir um tipo de intervenção mais estruturada na organização dos serviços de saúde para a população em situação de rua, serviços que se adaptem de acordo com as particularidades e demandas dessa população, mesmo nas unidades de saúde localizadas nas regiões onde se concentram a maior parte dessa população. Atualmente, essa intervenção se baseia no Programa do Consultório na Rua que será mais aprofundado no próximo capítulo.

Falar sobre a saúde da população em situação de rua é importante para que se possa compartilhar novas informações e nos levar a refletir sobre como é estar nessa situação, dar uma maior visibilidade a essa população e sensibilizar profissionais e gestores de saúde para que haja um acolhimento mais adequado à saúde dessa população.

Dentre as conquistas da população em situação de rua no âmbito da saúde, é importante ressaltar:

“No mesmo ano em que foi publicado o Decreto que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, foi constituído também o Comitê Técnico de Saúde para essa população por meio da Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Esse foi um passo importante para possibilitar avanços na área da Saúde para esse público. Esse Comitê é composto por representantes de algumas Secretarias do

Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz e por representantes de Entidades da Sociedade Civil organizada. Desse modo, as conquistas na área da Saúde foram obtidas com a efetiva participação da sociedade civil.” (Ministério da Saúde 2014. p.25)

De acordo com o Ministério da Saúde (2014) na Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013 foi publicado o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua. Esta resolução define as estratégias e diretrizes que orientam o processo de enfrentamento das injustiças e desigualdades em saúde e o seu foco é a População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do SUS.

Os objetivos gerais definidos no Plano são: garantir o acesso da PSR às ações e aos serviços de saúde; reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida; e melhorar os indicadores de saúde e da qualidade de vida da PSR. As estratégias para promoção da saúde da PSR definidas no Plano estão divididas em cinco eixos: 1: Inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde; Eixo 2: Promoção e Vigilância em Saúde; Eixo 3: Educação Permanente em Saúde na abordagem da Saúde da PSR; Eixo 4: Fortalecimento da Participação e do Controle Social e Eixo 5: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a PSR.

O documento publicado pelo Ministério da Saúde (2014) enfatiza o Eixo 5 do Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua que estabelece estratégias para o fortalecimento da participação e do controle social.

“O exercício da participação e do controle social por parte da população em situação de rua ou de entidades que atuam em defesa dos seus direitos é fundamental para que ações que melhoram o atendimento à sua saúde sejam efetivadas. Esse exercício está contemplado. Nesse sentido, é importante destacar que, no âmbito da saúde, as principais formas de participação social são as Conferências, os Conselhos de Saúde e o Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua.” (Ministério da Saúde 2014, p.27)

Os Conselhos de Saúde são espaços do SUS permanentes e deliberativos e

que contam com a participação dos profissionais de saúde, usuários, representantes do governo, e dos prestadores de saúde. Neste espaço se discute formulação, a proposição, a deliberação e o controle de estratégias e a avaliação e fiscalização dessas estratégias implementadas na Política de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. De acordo com a Lei nº 8.142, de dezembro de 1990, os Conselhos de Saúde são compostos por 50% de gestores, trabalhadores e prestadores de serviços e 50% de usuários, a Resolução nº 453 do Conselho Nacional de Saúde reafirmando essa composição, diz que os Conselhos de Saúde são compostos por: 50% de usuários, 25% de gestores e prestadores de serviços e 25% de trabalhadores da área da saúde (Ministério da Saúde, 2014)

Em 2012, foi publicado pelo Ministério da Saúde o Manual sobre o Cuidado à Saúde da População em Situação de Rua, este manual aborda a vida na rua e os problemas de saúde que ela traz. Alguns dos motivos citados são: a vulnerabilidade à violência, a alimentação incerta e sem condições de higiene, a pouca disponibilidade de água potável, a privação de sono e afeição e a dificuldade de adesão a tratamento de saúde. Alguns dos problemas de saúde mais recorrentes nessa população e citados no Manual são: problemas nos pés, infestações, DST/HIV/aids, gravidez de alto risco, doenças crônicas, consumo de álcool e drogas, saúde bucal e tuberculose (BRASIL, 2012c).

De acordo com o levantamento bibliográfico realizado para este trabalho, foi possível identificar um grande número de problemas de saúde que atingem as pessoas em situação de rua, dentre os principais problemas, identifica-se um número muito alto de pessoas com HIV/AIDS, dependência química/abuso do uso de substâncias psicoativas, problemas dermatológicos, transtornos mentais, psiquiátricos, problemas gastrointestinais e odontológicos. Há também a diferença entre pessoas em situação de rua abrigadas e não abrigadas, sendo o segundo mais propenso a problemas de saúde por conta da ausência diária de cuidados de higiene, alimentação e aposento. Esse fato de ausência de higiene, de alojamento e alimentação, proporcionam uma tendência maior de se adquirir problemas dermatológicos e gastrointestinais.

Em diversas pesquisas bibliográficas foram identificados o uso abusivo de substâncias psicoativas como o crack, maconha, bebidas alcoólicas e cocaína.

Dentre as mais usadas foram identificadas as bebidas alcoólicas e o crack. Em alguns casos, o consumo dessas drogas já existiam antes desses usuários chegarem às ruas e nesse contexto as pessoas em situação de rua justificam o uso para poder suportar o sofrimento e minimizar essas dificuldades sofridas nas difíceis circunstâncias de vida nas ruas.

O consumo do álcool é comum entre a população em situação de rua, sendo referida como uma distração para não se ver as rupturas sofridas e como meio de criação de laços com outras pessoas em situação de rua. Os casos de HIV/AIDS é um tema muito presente na realidade das pessoas em situação de rua. Brito (2007), em estudo realizado com moradores de rua em albergues de São Paulo, encontrou prevalências de 1,8% de HIV, 8,5% de vírus de hepatite C, 30,6% de infecção pregressa por hepatite B. O número de pessoas em situação de rua portadoras de HIV é quase três vezes maior que o número de brasileiros portadores que não vivem em situação de rua.

Segundo os autores Aguiar e Iriart (2012), os problemas mentais e psiquiátricos se mostram muito frequentes, entre os diagnósticos alguns deles são, esquizofrenia, psicoses resultantes do uso abusivo de álcool e outras drogas, e retardo mental. Além desses problemas de saúde ocorre também muitos casos de traumatismos por atropelamento, dor nos membros do corpo, principalmente na coluna por dormirem no chão, problemas odontológicos, muitas das pessoas em situação de rua já não tem mais dentes, além de gripes e problemas de tuberculose.

A pesquisa de Aguiar e Iriart (2012), mostrou ainda que a tuberculose se mostrou muito comum entre a população em situação de rua. Desta forma, a pesquisa mostrou que o significado de saúde para esse grupo significa resistir aos problemas do cotidiano, poder exercer suas atividades diárias ou apenas a estar vivo. A doença é associada a incapacidade de se manter em pé, poder trabalhar, ou de não aguentar as condições de vida da rua. Para esses indivíduos o corpo é o seu único bem e essas condições de saúde apontadas são indispensáveis para garantir sua sobrevivência na rua.

Sobre os tratamentos de saúde das pessoas em situação de rua, segundo Aguiar e Iriart (2012), esses indivíduos apenas passam por tratamentos quando são levados pelas instituições assistenciais, sistemas de resgates, abordagem de

equipes de saúde nas ruas, ou quando há necessidade de cuidar novamente de doenças mal tratadas como por exemplo, doenças como tuberculose. Para os autores, essa população não busca os serviços de saúde por conta do preconceito do atendimento médico e também por terem que trabalhar, pois não podem perder o dia esperando atendimento porque se não, deixam de adquirir o sustento diário.

Um dos grandes problemas de saúde também é a dificuldade de conseguir medicamentos, ou da falta de meios necessários para regular o cuidado de sua saúde. Nos casos de tratamento de doenças crônicas e problemas psiquiátricos, o uso dos medicamentos não são regulares. Outro grande problema enfrentado no acesso a saúde é a falta de documentos de identificação pessoal e de identificação de moradia, nesse caso para os princípios de equidade serem cumpridos, seria necessário uma adaptação no atendimento de saúde desses casos de população em situação de rua.

No levantamento bibliográfico identificou-se um atendimento no serviço público precarizado, há muito preconceito e discriminação por parte dos profissionais de saúde, tendo até casos de denúncias onde os profissionais de saúde faziam sutura sem anestesia. Com todas essas dificuldades vistas, as pessoas em situação de rua passam a evitar os serviços de saúde por conta do baixo interesse com relação a esses serviços.

Durante a pesquisa de Aguiar e Iriart (2012) houve relatos de que havia possibilidade de se ter saúde na rua, existem pessoas que vivem em situação de rua que não são dependentes químicos, dormem em lugares mais limpos, ou em albergues, mas esses casos variam porque dependem muito da saúde mental desses indivíduos e não só a parte física, pois, ficar na rua, é muito difícil para a maioria e eles justificam o uso de álcool, por exemplo, para suportar um pouco as dificuldades.

O uso de álcool para pessoas em situação de rua serve como uma fuga dos problemas nas ruas, muitos só começam a usar drogas quando vão para a rua para poder diminuir o sofrimento vivido naquele contexto. Apesar de neste trabalho não ser tão presente a questão do uso de drogas ilícitas, na prática elas estão bem presentes e com certeza quando se trabalha com a saúde da população em situação de rua existe uma grande necessidade de atuar com os problemas de

drogadição e alcoolismo.

Aliás, muitas das vezes o alcoolismo e drogadição são os fatores que determinam a porta de entrada e permanência dessas pessoas nas ruas. Uma estratégia positiva para combater esse ciclo é a necessidade de criar mais serviços especializados na saúde para as pessoas em situação de rua, buscando adaptar aos seus modos de vida diferentes. Para tal, é importante que as equipes de saúde se capacitem para compreender as particularidades da população em situação de rua.

Foi visto que o atendimento de saúde dessa população, nas maioria das vezes, só ocorrem em situações emergenciais, e que há muito despreparo dos profissionais de saúde para com essa população. Outro grande problema é a falta de organização dos serviços de saúde e as contradições com os princípios do SUS quando preserva a universalidade e equidade, mas exigem dessa população documentos que comprovem a residência. Então muitas das vezes quando se nega atendimento das pessoas em situação de rua por falta de documentos, dificulta ou até impossibilita o acesso dessas pessoas à saúde, quebrando os princípios predito na lei do SUS.

A população em situação de rua é constituída de pessoas em vulnerabilidade, que não possuem condições adequadas de higiene, moradia e alimentação e a partir desses fatores ficam suscetíveis a diversas enfermidades. Pelo fato de se sentirem inferiores há uma grande resistência das pessoas em situação de rua a procurar os serviços de saúde, pela forma como são tratados nesses espaços eles passam a não se sentir como cidadãos de direito.

A saúde da população em situação de rua é uma temática que deveria ser mais discutida pela sociedade, principalmente no momento de formação dos profissionais de saúde com intuito de provocar melhoria no atendimento e no acesso aos serviços de saúde. Além das especificidades dessa população que devem ser respeitadas, deve-se também ampliar a implementação de políticas públicas que visem combater preconceitos e facilitar o acesso desta população aos serviços de saúde.

Além de ser fundamental a capacitação dos profissionais, deve se garantir a infraestrutura dos serviços prestados com materiais necessários para a efetivação

desses serviços de saúde no atendimento com a população em situação de rua.

Nos últimos anos foram implementadas algumas políticas voltadas para a saúde da população em situação de rua, o mais importante atualmente é o Programa Consultório na Rua que vem trazendo melhorias no atendimento da população em situação de rua, tanto as Políticas Públicas quanto o Consultório na Rua serão abordados no capítulo a seguir.

Capítulo 3. Políticas Públicas e Serviços de Saúde Especializados em População em Situação de Rua.

3.1 Histórico de Construção de Políticas Sociais para População em Situação de Rua

Quando se fala de Políticas Públicas voltadas para a população em situação de rua, estas são escassas, principalmente quando a temática é atenção à saúde desta população.

Quando se trata da negação de direitos, a população em situação de rua, se encaixa perfeitamente neste caso. Vivem nesta situação exatamente por conta da ausência de direitos, pois não são vistos como seres humanos e muitas das vezes são tratados como bichos. Por conta dessa discriminação essa população não tem visibilidade nas lutas de classes e existe pouca representação política. A negação de direitos ligada à situação de rua se reflete nas políticas públicas, que geralmente não atendem de forma adequada às necessidades dessa população. O histórico de construção de políticas sociais voltadas para a população em situação de rua se dá a partir da Constituição Federal de 1988.

Analisando a Constituição Federal de 1988 no artigo 5º tem como fundamento a defesa de que *“Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade ...”* (Constituição Federal, 1988, p.17)

No artigo 6º do capítulo II da Constituição está garantido que a moradia, a saúde o trabalho, a assistência aos desamparados, entre outros são direitos sociais de todos.

“São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados...”(Constituição Federal, 1988, p.23)

Por englobar a palavra “todos” no texto constitucional a população em

situação de rua, de acordo com a CF/88, tem direitos sociais que devem ser garantidos pela esfera pública do nosso país, e esses direitos deveriam ser atendidos a partir da implementação de políticas públicas destinadas à população mais vulnerável, inclusive a partir de recortes específicos para a população em situação de rua.

No ano de 2001, em Brasília ocorreram o 1º Congresso Nacional dos Catadores de Material Reciclável, e a 1ª Marcha Nacional da População De Rua, onde tiveram 3.000 participantes. Foram levantadas diversas propostas e questões significativas, o que evidencia a capacidade de voz política desta população. Entre as diversas propostas significativas, foram reivindicados a integração na política habitacional, recuperação de espaços vazios nas cidades, garantia de acesso a educação, independente de comprovante de residência, garantia de atendimento no SUS com a inclusão dessas pessoas em programas de saúde da família, no programa do Bolsa-Escola, instituição de casas-abrigos para apoio a pessoas em tratamento de saúde, dentre outros.

Em 2004, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) reconheceu nos seus princípios a atenção à população em situação de rua no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS):

“> articulação interinstitucional entre competências e ações com os demais sistemas de defesa de direitos humanos, em específico com aqueles de defesa de direitos de crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, mulheres, negros e outras minorias; de proteção às vítimas de exploração e violência; e a adolescentes ameaçados de morte; de promoção do direito de convivência familiar;

> articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção às vítimas de danos, drogadição, violência familiar e sexual, deficiência, fragilidades pessoais e problemas de saúde mental, abandono em qualquer momento do ciclo de vida, associados a vulnerabilidades pessoais, familiares e por ausência temporal ou permanente de autonomia principalmente nas situações de drogadição e, em particular, os drogaditos nas ruas;

> articulação interinstitucional de competências e ações complementares

com o Sistema Nacional e Estadual de Justiça para garantir proteção especial a crianças e adolescentes nas ruas, em abandono ou com deficiência; sob decisão judicial de abrigamento pela necessidade de apartação provisória de pais e parentes, por ausência de condições familiares de guarda; aplicação de medidas socioeducativas em meio aberto para adolescentes. Também, para garantir a aplicação de penas alternativas (prestação de serviços à comunidade) para adultos;" (PNAS-NOB/SUAS, 2004, p. 88)

Além dessas conquistas, em 2005 ocorreu um evento em Brasília direcionado para a população em situação de rua, o Primeiro Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, foi organizado pelo MDS e pela SNAS, com o objetivo de reunir pessoas que desenvolvem ações com a população em situação de rua, para a discussão de estratégias e desafios para a construção de políticas públicas específicas para este público.

Também em 2005, foi alterada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) nº 8.742/1993 para a Lei nº 11.258 que diz que, na organização dos serviços da Assistência Social, deverão ser criados programas destinados às pessoas em situação de rua:

Art. 1º O parágrafo único do art. 23 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 23.

Parágrafo único. Na organização dos serviços da Assistência Social serão criados programas de amparo:

I – às crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, em cumprimento ao disposto no art. 227 da Constituição Federal e na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990;

II – às pessoas que vivem em situação de rua." (NR)

A partir daí os estados e municípios passaram a ter obrigação de manter programas e serviços de atenção à população em situação de rua, garantindo dignidade e não violência, a concretização de mínimos sociais, e os direitos de cidadania desse grupo populacional.

Em 2006, por meio do Decreto de 25 de outubro de 2006 que "*Constitui Grupo de Trabalho Interministerial - GTI, com a finalidade de elaborar estudos e*

apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua, conforme disposto na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências”

Ainda neste mesmo ano através da Portaria MDS nº 381, de 12 de dezembro de 2006, foi assegurado transferência de recursos do cofinanciamento federal para municípios com mais de 300 mil habitantes com população em situação de rua, para que haja melhor qualidade de oferta de serviços de acolhimento, destinados a este público.

“Art. 7º - Serão transferidos aos Municípios com mais de 300 mil habitantes, que possuam população em situação de rua, conforme levantamento realizado pelo MDS em 2004 e 2005, novos recursos destinados ao cofinanciamento do Piso de Alta Complexidade II, para financiar a rede de acolhida temporária destinada à população em situação de rua, na perspectiva de potencializar e diversificar a rede de serviços da proteção social especial de alta complexidade, bem como atender ao disposto no art. 23 da Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993.” (MDS, 2006, p. 02)

Em 2009, é aprovada a Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 109, 11 de novembro de 2009, que determina a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, organizados por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade onde o Atendimento a População em Situação de Rua e o Serviço Especializado em Abordagem Social se encaixam na Proteção Social Especial de Média Complexidade e o Serviços de Acolhimento Institucional e em República na Alta Complexidade.

“Art. 1º. Aprovar a Tipificação nacional de Serviços Socioassistenciais, conforme anexos, organizados por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade, de acordo com a disposição abaixo:

II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI;
- b) Serviço Especializado em Abordagem Social;
- c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida - LA, e de Prestação de Serviços à

Comunidade - PSC;

d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias;

e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades:

- abrigo institucional;

- Casa-Lar;

- Casa de Passagem;

- Residência Inclusiva.

b) Serviço de Acolhimento em República;" (CNAS, 2009, p.02)

Em 2009, o Decreto nº7.053, de 23 de dezembro de 2009 Instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Esta política foi executada pelo Governo Federal com intuito de dar maior visibilidade e garantir serviços públicos especializados para a população em situação de rua.

Em 2010, a Instrução Operacional Conjunta Senarc/SNAS/MDS Nº 07, reúne orientações aos municípios e Distrito Federal para a Inclusão de Pessoas em Situação de Rua no Cadastro Único. Ainda em 2010, é aprovada a Portaria do MDS nº 843, 28 de dezembro de 2010 que "*dispõe sobre o cofinanciamento federal, por meio do Piso Fixo de Média Complexidade - PFMC, dos serviços socioassistenciais ofertados pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social - CREAS e pelos Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua, e dá outras providências*".

Em 2011 foi publicado um documento de Orientações Técnicas para execução dos serviços e atividades no Centro Pop:

"O documento "orientações técnicas: Centro de Referência especializado para População em situação de Rua e serviço especializado para Pessoas em situação de Rua" tem como finalidade orientar, em todo o território nacional, a gestão do Centro POP e a oferta qualificada do Serviço. A Política Nacional para População em Situação de Rua, ao elencar seus objetivos previu a implantação de centros de referência especializados para o atendimento a esse segmento no âmbito da política de assistência social,

lançando bases para que, em 2009, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais prevesse a implantação desta unidade no SUAS, o que passou a ser apoiado pelo MDS a partir de 2010.” (MDS, 2011)

Outro aspecto que tem potencial de transformar a realidade dessa população é a sua organização política, esta já se dá por meio de associações e cooperativas de catadores de materiais recicláveis. Estes grupos, quando se reúnem, têm um grande potencial de criar um movimento organizado, para que se formulem políticas públicas voltadas a esse segmento.

Aprofundando melhor a Política Nacional, em 2009 o Executivo Federal editou o Decreto n. 7.053, instituindo a Política Nacional para a População em Situação de Rua, para tentar interferir positivamente na questão das pessoas em situação de rua e amenizar seu quadro de vulnerabilidade. Os princípios que constituem essa política são:

- “• Respeito à dignidade do ser humano;
- Promoção e garantia dos direitos civis, políticos, sociais, econômicos, culturais e ambientais;
- Direito ao usufruto e permanência na cidade;
- Garantia e defesa de direitos fundamentais combatendo práticas higienistas e ações preconceituosas e violentas que reforçam estigmas e promovem a discriminação e a violação dos direitos da população de rua;
- Respeito à diversidade humana, qualquer que seja a origem, raça, idade, condição social, nacionalidade, gênero, orientação sexual, origem étnica, atuação profissional/atividade econômica, religião, e situação migratória;
- Garantia de laicidade do Estado na prestação direta e indireta de serviços públicos, sem qualquer preferência ou rejeição em virtude de crença ou prática religiosa na seleção das pessoas atendidas;
- Intersetorialidade das ações que garantam igualdade de condições para o acesso à educação, à saúde, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social e à assistência social;
- Direito à convivência familiar e comunitária.”

A Política Nacional voltada para as pessoas em situação de rua apresenta uma iniciativa governamental de buscar a efetivação dos direitos fundamentais

previstos na Constituição, e reivindicados todos estes anos antes de sua efetivação pela população em situação de rua, visto que ela se destina a garantir, por exemplo, valorização e respeito à vida e à cidadania, atendimento humanizado e universalizado, direito à convivência familiar e comunitária, respeito à dignidade da pessoa humana, entre outros, rejeitando a ideia do “mínimo existencial”. Um exemplo disso é o Estado garantir assistência social, habitação, educação, saúde, proteção à família, direitos que só podem ser efetivados a partir da implementação de políticas públicas.

Segundo a Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua:

“[...] as ações estratégicas em assistência social devem atender à requisitos de rede de acolhimento dessa população nos equipamentos, garantindo acesso às políticas setoriais como serviços de saúde e de educação, inclusão e acompanhamentos dos usuários no CAD-único, com vista à concessão de benefícios como Bolsa-Família e o BPC.” (BRASIL, 2009b)

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009c) a política de assistência social junto com a Política Nacional da População em Situação de Rua, atende a essa população no âmbito da média e alta complexidade. Na média complexidade operado pelo CREAS, existe o Serviço Especializado em Abordagem Social, este serviço busca realizar o trabalho social de encaminhamento e orientação para acolhimento institucional, e o Serviço Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop ou CREPOP), este serviço visa atender usuários e ofertar atividades que geram o fortalecimento de vínculos, a autonomia dos usuários e a sociabilidade. Ocorre em um espaço técnico que permite a alimentação e a higienização, e oferece serviços de localização de familiares e emissão de documentos.

No âmbito da alta complexidade são ofertados o Serviço de Acolhimento Institucional e o Serviço de Acolhimento em Repúblicas, esses serviços disponibilizam o acolhimento provisório e fixo em casos de abandono, perda de

moradia e rompimento de vínculos familiares, e são realizados de acordo com o perfil de cada grupo atendido.

A maioria das políticas voltadas para a população em situação de rua são implementadas pela política de Assistência Social. Na política de Saúde também existem programas voltados à população em situação de rua, mas sobre esse assunto irei especificar melhor no próximo item.

A política de assistência social é a principal política que viabiliza as estratégias para o enfrentamento da questão social da população em situação de rua, mas é importante que essa política seja sempre articulada com as outras previstas na Política Nacional para População em Situação de Rua. É importante defender as normativas do SUAS, para que esses direitos sejam realmente concretizados e garantidos, já que vem acontecendo uma onda de precarização de serviços sociais e privatização de serviços públicos, pretendidos pela tendência neoliberal.

Foi a partir da Constituição Federal de 1988 que existiram políticas efetivamente públicas, e esse texto constitucional estabeleceu um meio onde a sociedade como um todo poderia participar e avaliar essa concepção de políticas sociais.

Já nos estados e municípios o que se percebe é que sua participação no campo social é recente e estimulada pelo governo federal, principalmente após a pesquisa nacional sobre a população em situação de rua quando foi visto mais claramente, um grande número dessa população no Brasil. Mesmo com essa iniciativa do Estado, ainda existem alguns problemas na efetivação das políticas sociais aqui no Brasil conforme cita as autoras Westphal e Mendes:

“Entretanto, os governos, especialmente os municipais, têm decidido sobre suas políticas fundamentais quase sempre de uma forma segmentada, setorializada, utilizando um conjunto de organizações — secretarias, departamentos, autarquias, fundações e empresas públicas — através das quais exercem o seu poder de regulação e prestam serviços à sociedade. A maioria das estruturas organizacionais municipais reforça a fragmentação das políticas, pois apresenta-se com um formato piramidal, com vários

escalões hierárquicos e departamentos separados por disciplinas ou áreas de especialização. Tais estruturas dificultam aos cidadãos o exercício e o controle social sobre seus direitos de segunda geração — os direitos sociais e econômicos —, uma vez que os problemas têm origens múltiplas, tornando impossível cobrar sua solução de um único setor” (Westphal e Mendes, 2000 p.53)

Uma boa alternativa para a resolução desses problemas de origem múltiplas seria a intersectorialidade, pois esta pode superar estes problemas se efetivando em todos os setores, buscando uma nova forma de planejamento e execução das políticas públicas para que possa ser garantido acesso à todos, sendo iguais ou desiguais. Para que a intersectorialidade aconteça esses municípios devem fazer um levantamento de seus problemas de forma integrada para que identifiquem soluções adequadas com a sua realidade local.

De acordo com Silva (2009) infelizmente a trajetória das políticas sociais atravessa os rumos do capitalismo e é indissociável ao discurso da eliminação da desigualdade e da pobreza. Com o passar dos anos elas foram se alterando e se modificando e, em cada etapa de desenvolvimento, o Estado utilizou as políticas sociais de maneiras diferentes, ocorrendo alterações de acordo com mudanças na estrutura da sociedade:

“o Estado liberal justifica suas políticas com base na igualdade de oportunidade, livre acesso dos indivíduos aos bens disponíveis, com o alargamento das suas capacidades e obrigação no mercado. Sob essa ótica, negam-se as políticas universais, apostando-se nas políticas seletivas, residuais. Esta tem sido a lógica prevalecente no Brasil. Por outro lado, existe uma posição, de cunho marxista, com a qual tenho concordância, que analisa as políticas sociais pelo seu caráter contraditório capaz de atender às demandas do capital e do trabalho por serem determinadas pela luta de classe.” (Silva, 2006, p.134)

O que vemos acerca da configuração das políticas sociais contemporâneas, é que essas são pouco efetivas na resolução das questões relacionadas à população em situação de rua. Se resumem em práticas conservadoras de caráter espontâneo e emergencial, são programas compensatórios que tem o objetivo

simples de minimizar a pobreza extrema. Essa relação da população em situação de rua com as políticas sociais é de uma cobertura baixa e quase que de total exclusão.

“Não existem políticas sociais no País, na esfera federal, capazes de alcançá-las como grupo populacional. Os limites de abrangência e cobertura impostos pela natureza seletiva dessas políticas são o principal fator do não alcance à população em situação de rua. As marcas históricas impregnadas pela política de assistência social também contribuem para isso, uma vez que é a política que possui mais programas dirigidos a esse segmento, sobretudo programas de acolhida temporária (albergues, moradias provisórias, repúblicas, etc.). O preconceito e o estigma social que atingem a população em situação de rua constituem outro ângulo de explicação para essa completa vulnerabilidade e falta de proteção social.”
(SILVA, 2009, p. 186)

Portanto, algumas políticas e avanços ocorreram para enfrentar as questões relacionadas a população em situação de rua, como a implementação da recente Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua, e outros marcos regulatórios como decretos e resoluções aprovadas no decorrer dos anos, no entanto, percebe-se que essas iniciativas são insuficientes e a essa população continua sendo negado direitos básicos, previstos na Constituição. Faz-se necessário a ampliação de políticas específicas para atender de forma efetiva as demandas dessa população. No próximo item irei abordar sobre as políticas de saúde voltadas para a população em situação de rua além de falar sobre o Consultório na Rua uma das grandes políticas de saúde conquistada nos últimos tempos pelos moradores de rua.

3.2 Políticas/Programas de Saúde voltados à população de rua e o Consultório na Rua

O direito à saúde é um direito humano previsto pela Constituição Federal de 1988 no artigo 12. Preconiza-se que os municípios devem assegurar o pleno exercício desse direito, inclusive as medidas que se façam necessárias para assegurá-lo. O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações

Unidas ressalta que o Estado deve garantir o acesso aos bens e serviços de saúde, especialmente para os grupos marginalizados e vulneráveis.

Sobre o atendimento às demandas de saúde da População em Situação de Rua de acordo com Silva (2009), o tratamento de saúde dessa população precisa ter uma visão interdisciplinar, pois as expressões da questão social acarreta diversas particularidades para os mais diferentes setores de saúde como exemplo: saúde mental, saúde sexual, ferimentos causados por violência, doenças causadas pelo modo de vida, dependência química, etc. Esse atendimento interdisciplinar precisa ser tanto na prevenção, quanto no tratamento ou reparação.

Em 2011, foi criado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o Consultório na Rua, este é um programa de saúde que tem equipes que realizam busca ativa e qualificada de pessoas em situação de rua. De acordo com o Portal da Saúde (2015):

“As equipes do Consultório na Rua são formadas por, no mínimo, quatro profissionais e podem ser compostas por enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, agentes sociais, técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física ou profissional com formação em arte e educação.”

As atividades realizadas por essas equipes são de forma itinerante, em alguns casos quando necessário, utilizam as instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e desenvolvem ações junto com as equipes dessas unidades. O território de atuação das equipes se dá por um censo da população de rua e pelo cadastro das pessoas localizadas nestes espaços. As equipes de Consultórios na Rua em muitos casos, ajudam as gestantes em situação de rua a dar início ao pré-natal e vincular essas mulheres a uma UBS para que façam os exames e procedimentos necessários.

Em 2012 foi publicado pelo Ministério da Saúde o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua, é um documento que busca melhorar e ampliar o acesso à saúde e dá uma proteção integral aos usuários que vivem em situação de rua, os serviços oferecidos são de forma itinerante e multidisciplinar

combinando serviços da Atenção Básica de Saúde com os Consultórios na Rua.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012b), *“é papel do Consultório de Rua, compreendido dentro da Atenção Básica de Saúde e vinculado ao Núcleo de Atenção à Saúde da Família, oferecer os serviços básicos para a proteção integral da pessoa em situação de rua e o facilitamento de sua inserção na rede de atenção à saúde, garantindo, assim, a satisfação de suas demandas e possibilitando um bem-estar integrado.”* O que se identifica é que o trabalho do Consultório de Rua é intersetorial e quando é preciso ele encaminha demandas mais complexas para a rede socioassistencial como o Creas, Centro Pop, Caps, etc.

Além dos Consultórios na Rua, na rede do Sistema Único de Saúde existem outros órgãos mais especializados para atendimento da população em situação de rua, estes são: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Emergências de Hospitais e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

As ações estratégicas de saúde citadas na Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua (BRASIL, 2008 p.20 e 21) são: A garantia de atenção integral à saúde da população em situação de rua, de adequação no atendimento e serviços existentes para que se assegure a equidade e universalidade no âmbito do SUS com meios de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais; O fortalecimento da promoção da saúde, a atenção básica, com destaque no Programa Saúde da Família sem Domicílio, que inclua a prevenção e o tratamento de doenças com alta existência junto a essa população, como tuberculose, problemas dermatológicos, DSTs/AIDS, hipertens’

ção arterial, entre outras; O fortalecimento de ações de atenção à saúde mental da população em situação de rua, principalmente as pessoas que têm transtornos derivados do uso de álcool e outras drogas, e deve haver a facilitação de localização e de acesso aos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS I,II,III e AD); Instituições de instâncias de organização de atenção à saúde para a população em situação de rua nos três campos do SUS; Inclusão de processos de educação em saúde dos conteúdos sobre as demandas, especificidades e necessidades da população em situação de rua, para gestores e trabalhadores de saúde, com ênfase

nas equipes do SAMU, agentes comunitários de saúde e operadores do Sistema Nacional de Ouvidoria; A divulgação do canal de escuta do usuário que são: o Sistema Nacional de Ouvidoria e Disque Saúde, à população em situação de rua, como também das demais instâncias de participação social; Apoio às iniciativas que propiciem a instituição e manutenção de Casas de Apoio para pessoas em situação de rua em caso de alta hospitalar para realizar a continuidade do tratamento; Incentivo a estudos sobre a temática de saúde da população em situação de rua e a meios de comunicação e informação; Apoio à participação de eventos de controle social do SUS e à processos de mobilização de movimentos sociais representantes dessa população; Por último fica como ação estratégica também, a seleção de agentes comunitários de saúde, tendo como um dos critérios a participação de moradores e ex-moradores de rua.

Já na Política Nacional para a População em Situação de Rua (2007), quando se trata de saúde para essa população, o que é visto é que esse assunto é abordado de forma limitada e só aparece duas vezes no Art. 7º São objetivos da Política Nacional para a População em Situação de Rua:

“I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;

X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços;”

Diante das reduzidas políticas de saúde voltadas a população em situação de rua é mostrado que essa população enfrenta dificuldades para ter acesso aos serviços públicos. A negação de direitos básicos reforça a tendência desses indivíduos a não priorizarem o cuidado com a saúde e não procurarem de forma frequente os tratamentos médicos, levando esses usuários a procurarem os serviços somente em situações de emergências, quando os sintomas já estão mais agravados.

A realidade de não acesso aos direitos por esta população não deveria acontecer pois a população em situação de rua vive frequentemente situações de vulnerabilidade e problemas de saúde, pois passam diariamente por diversas situações de privações e violência e apresentam uma série de patologias que decorrem das suas condições de vida, tendo apenas o objetivo de garantir sua integridade física para poder trabalhar. O que se percebe é que, fica difícil combater esses problemas com somente duas políticas de saúde pública (Atenção Básica e Consultório na Rua).

Percebe-se que a saúde pública necessita de um programa completo e integral, que seja adequado para tratar as adversidades enfrentadas pela população em situação de rua, atualmente com apenas o Consultório na Rua funcionando, os problemas de atendimento nos outros setores de saúde continuam, pois, os outros profissionais de saúde geralmente não estão capacitados para lidar com tais situações tornando o atendimento precarizado sem a proteção necessária para os tratamentos de saúde dessa população.

Em síntese, a presente pesquisa mostra que as experiências em assistência social e saúde voltadas para a população em situação de rua por mais que haja esforços de muito dos profissionais, ainda são limitadas e de baixa eficácia. E esses problemas não se limitam apenas a saúde e assistência social, é possível perceber que os outros direitos sociais previstos na Constituição de 1988 como: educação, habitação, acesso ao lazer, o trabalho, a previdência social e etc, também continuam sendo violados e de são de baixa efetividade quando se trata dessa população. É importante a formulação e ampliação de políticas, projetos e programas que conheçam a realidade e as necessidades da população em situação de rua para que seus direitos e anseios sejam contemplados pelas políticas governamentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho teve foco mostrar, a partir de levantamento bibliográfico, as discussões e dificuldades relacionadas à atenção à saúde da população em situação de rua, mostrando que é necessário não só uma maior sensibilização dos profissionais de saúde, mas também de toda a sociedade civil para que haja maior compreensão das particularidades de demandas desta população.

Existe uma imagem social de marginalização e culpabilização do indivíduo por aquela situação, tornando essa população alvo de injustiças sociais. Este trabalho mostrou a necessidade de garantir os direitos desta população a partir da implementação de políticas públicas para que haja a possibilidade de acesso aos bens e serviços, inclusive aos serviços de saúde para que exerçam sua cidadania.

Procurou-se mostrar as limitações existentes na execução do SUS baseando-se nas precariedades existentes no cotidiano, sendo importante dizer, que isso se dá por parte do poder público que não executam seus deveres de acordo com as diretrizes estabelecidas legalmente, portanto, por mais que haja esforço de alguns dos profissionais, ainda há muitos problemas sendo enfrentados por essa população quando se trata de atendimento em saúde.

Deve-se haver intervenções baseadas nas particularidade e modos de sobrevivência adotados por esse segmento, para que se atenda as necessidades básicas e se solucione os problemas dessa população.

A política de seguridade social deve ser firmada efetivamente para que haja articulação de políticas sociais, e se amplie a garantia dos direitos. Pois ainda é possível perceber a violação de direitos, tanto por parte do Estado quanto por parte da sociedade civil.

As ações existentes voltadas para a população em situação de rua se mostra como prática de redução de danos e programas compensatórios. O princípio da equidade deve ser efetivado de forma que o Estado e os profissionais que atendem esse segmento, considere a população em situação de rua dentro de sua realidade, para isso, deve-se oferecer estratégias que garanta os seus direitos, que vise a defesa pela vida e possibilite o resgate de cidadania dessa população. Portanto,

além de ser necessária a implementação de políticas públicas, é necessário a efetivação dessas políticas, que devem ser de responsabilidade do poder público, bem como dos profissionais que atendem essa população. As políticas devem ser realizadas de forma conjunta e articulada para que a população em situação de rua tenha acesso aos serviços de saúde e a demais programas que possa garantir sua cidadania e direitos.

O recorte temporal do presente trabalho existiu porque durante as pesquisas sobre a temática de saúde da população em situação de rua só foram encontrados artigos de 1998 pra frente, com isso percebeu-se que o estudo dessa temática é recente, e como foi visto no último capítulo, as políticas públicas voltadas a esse segmento é mais recente ainda.

Como resultados dos artigos pesquisados o que foi visto na pesquisa desses autores é que a população em situação de rua tem estratégias de vida muito diferentes das estratégias da população em geral, para essa população a concepção de saúde é apenas associada a está em pé e conseguir trabalhar. Que os problemas de saúde se dão pelo seu modo de vida na rua, principalmente pela alimentação incerta e pelas más condições de higiene. Os problemas de saúde mais recorrentes são os problemas nos pés, as DSTs/HIV/aids, dependência química, abuso de substâncias psicoativas principalmente as bebidas alcoólicas e o crack, problemas odontológicos, dermatológicos e tuberculose. Os problemas mentais e psiquiátricos são muito frequentes, além desses problemas de saúde ocorrem casos de traumatismos dados por atropelamento e dor nos membros do corpo, principalmente na coluna por dormirem no chão.

Para os autores essa população não busca os serviços de saúde por conta do preconceito e discriminação por parte do atendimento médico, e só passam por tratamentos quando são levados por serviços de resgate, por instituições assistenciais ou equipes do Consultório na Rua.

Outro problema que essa população enfrenta é a dificuldade de usar os medicamentos regularmente, não conseguindo efetivar os tratamentos dos seus problemas de saúde.

O uso de álcool para as pessoas em situação de rua é visto como uma fuga dos problemas nas ruas, uns só passam a usar drogas quando vão para as ruas

para diminuir o sofrimento vivido, outros passaram a viver nas ruas por conta de problemas de alcoolismo e drogadição.

O que se viu nos artigos é que há a necessidade de criar mais serviço especializados na saúde da população em situação de rua, e é importante que as equipes de saúde se capacitem para que se compreenda melhor as particularidades da população em situação de rua. Essa temática deve ser mais discutida pela sociedade, e deve ser abordada no momento de formação dos profissionais de saúde para que se melhore o atendimento e o acesso aos serviços de saúde. Deve-se também ampliar a implementação de políticas públicas para que seja garantido o acesso dessa população em todas as políticas existentes buscando a efetivação de todos os seus direitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO R.C.F., VARANDA W. **Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 23-45,2004.

AGUIAR M.M, IRIART J.A.B. **Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador,Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28(1):115-124, jan, 2012.

ALCANTARA S. C, ABREU D. P, & Farias, A. A (2015). **Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença.** Revista Colombiana de Psicología, 24(1), 129-143. doi:10.15446/rcp.v24n1.40659.

ARGILES M.S, SILVA V.R. **Assistência Social e População em Situação de Rua.** UFMA, 2011, pág: 1-15.

BARBERÁ A, GÁRCIA L.O, QUEIROZ. M. M.A, ROMERA,V.M. **O Assistente Social e a Intervenção na Política de Saúde.** P. 04-06. Presidente Prudente 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Política Nacional para População de Rua.** Decreto Nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009a

_____. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.** RESOLUÇÃO nº 109, de 11 de novembro de 2009b.

_____. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua.** 2009c.

_____. **Política Nacional de Assistência Social.** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, 2004.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social.** Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993

_____. **Lei Orgânica da Saúde.** Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

_____. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011.** Ministério da Saúde.

_____. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008

_____. **Manual sobre o Cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a

_____. **Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. **Saúde da População em Situação de Rua.** Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005.**

_____. **Decreto de 25 de outubro de 2006.**

_____. **Portaria MDS nº 381, de 12 de dezembro de 2006.**

_____. **Portaria do MDS nº 843, 28 de dezembro de 2010.**

_____. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop.** Brasília, 2011.

_____. **Defesa dos Direitos das Pessoas em Situação de Rua. GUIA DE ATUAÇÃO MINISTERIAL.** CNMP, 2015.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Ministério da Saúde, 2010.

BRITO Voc, PARRA D, FACCHINI R, BUCHALLA C.M. **Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua,** São Paulo. Rev Saúde Pública 2007.

BUSS P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CANÔNICO R.P, TANAKA A.C.D, MAZZA M.M.P.R, SOUZA M.F, BERNAT M.C, JUNQUEIRA L.X. **Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo.** Rev Esc Enferm USP 2007; 41(Esp):799-803.

CARNEIRO Nivaldo. JR, SILVEIRA, Cassio. **Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(6):1827-1835, nov-dez, 2003.

CARVALHO A.I. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde.** In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38.

CASTRO M.M.C, OLIVEIRA L.M.L. **Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social.** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 10, n. 1, p. 26 - 43, jan./jul. 2011

COSTA AP. M. **População em situação de rua: contextualização e caracterização*** Revista Virtual Textos & Contextos. Nº 4, ano IV, dez. 2005, pg: 1-15.

COTTA R.M.M, GOMES A.O, MAIA T.M, MAGALHÃES K.A, MARQUES E.S, BATISTA R.S. **Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica, Dezembro 2007, pág: 278-286.

CRUZ M.C.S. **A Categoria “Questão Social” e o Combate a Pobreza na Atualidade.** VII Jornada Internacional de Políticas Públicas,UFMA, 2015, pág: 1-12.

ESTEVES, Bárbara Xavier. **Políticas públicas para a população em situação de rua na política de assistência social e na política de saúde: uma análise sobre o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua do Distrito Federal.** 2014. 73 f., il. Monografia (Bacharelado em Serviço Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014

FERREIRA M.D.M, SILVA M.R.F, LIMA A.J, COUTO B.R, ROJAS J.E.A. **Pobreza, Desigualdades Sociais e Políticas Públicas.** III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007, pág: 1-6.

GIBBS C.C.M, AMAZONAS L. **População em Situação de Rua e Políticas Públicas: os limites à efetivação dos direitos na cidade de Manaus.** VII Jornada Internacional de Políticas Públicas UFMA, 2015, pp: 1-12.

GOMES M.A, PEREIRA M.L.D, **Família em situação de vulnerabilidade social:**

uma questão de políticas públicas. Ciências e Saúde Coletiva, 2005, pág: 357-363.

GONTIJO D, MEDEIROS M. **Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(2):467-475, 2009.

IAMAMOTO M.V. **Capital fetiche, questão social e Serviço Social.** In.; Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. – 7 ed. São Paulo: Cortez, 2012, pág:105-208.

JUNIOR C.N, JESUS C.H, CREVELIM M.A. **A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010.

JUNIOR C.N, NOGUEIRA E.A, LANFERINI, G.M, ALI, D.A, MARTINELLI. M. **Serviços de Saúde e População de Rua: Contribuição Para Um Debate.** Saúde e Sociedade 7(2):47-62, 1998.

MARTINS, José de Souza. **O massacre dos inocentes: a criança sem infância no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1991.

MATTOS R.M, FERREIRA R.F, **Quem Vocês Pensam que (elas) São? Representação Sobre as Pessoas em Situação de Rua*.** Universidade de São Marcos, Psicologia & Sociedade; 16 (2): 47-58; maio/ago.2004.

MONTAÑO C. **Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 110, p. 270-287, abr./jun. 2012 pág: 270-287.

MORAIS N. A., AQUINO M.C., REIS S., & KOLLER S.H. (2010). **Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua.** Psicologia & Sociedade, 22(3), 507-518.

NEVES P.E.A. **As Políticas Públicas de Assistência Social na Reprodução da Pobreza em Belém.** III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007, pág: 1-8.

OLIVEIRA N.R.C. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes.** Universidade Federal Do Maranhão. UNA-SUS/UFMA- 2015.

OLIVEIRA V. L. B. de; SILVA F. F. da; SILVA R. F. da. **Limites e possibilidades encontradas na implementação do Programa de Saúde da Família no**

município de Presidente Prudente. 2004. 65 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) - Faculdades Integradas "Antônio Eufrásio de Toledo" Presidente Prudente, 2004.

OMS. **Relatório Mundial da Saúde 2005.**

OSTERNE M.S.F. **Família, pobreza e gênero: o lugar da dominação masculina.** Fortaleza: EDUECE, 2001.in SILVA A.C.S, PONTE J.H, PACHÊCO T.N.P. **A Pobreza Como Expressão da Questão Social.** IV Seminário CETROS, Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social 29 a 31 de maio de 2013 – Fortaleza – CE – UECE – Itaperi, pág: 45-54.

PAIVA I.K.S, LIRA C.D.G, JUSTINO J.M.R, MIRANDA M.G.O. **Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática.** Ciência & Saúde Coletiva, 21(8):2595-2606, 2016.

ROSA A.S, CAVICCHIOLI M.G.S, BRÊTAS A.C.P. **O Processo Saúde-Doença-Cuidado e a População em Situação de Rua.** Rev Latino-am Enfermagem, 2005, julho-agosto; 13(4):576-82

ROSA A.S, SECCO M.G, BRÊTAS A.C.P. **O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde doença.** Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; 59(3):331-6.

SANTANAA V.S, CASTERLAB M. **A População em Situação de Rua e a Luta Pela Cidadania.** Revista Baiana de Saúde Pública v.38, n.2, p.357-369 abr./jun. 2014

SERAFINO I., LUZ L.C.X. **Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate.** R. Katál., Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-85, jan./jun. 2015

SILVA A.C.S, PONTE J.H, PACHÊCO T.N.P. **A Pobreza Como Expressão da Questão Social.** IV Seminário CETROS, Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social 29 a 31 de maio de 2013 – Fortaleza – CE – UECE – Itaperi, pág: 45-54.

SILVA C.C, CRUZ M.M, VARGAS E.P. **Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua.** RIO DE JANEIRO, V. 39, N. ESPECIAL, P. 246-256, DEZ 2015.

SILVA, M.L.L. **Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno População em Situação de Rua no Brasil 1999-2005**. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, 2006, pág: 1-220.

_____. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São paulo: Cortez, 2009. pág: 1-293 p. ISBN 978-85-249-1499-7

_____. **A população em situação de rua no Brasil e a luta por políticas públicas ao seu alcance**. 2010 (mimeo).

SILVA e SILVA M.O. **Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira**. Revista Katálysis, vol. 13, núm. 2, julho-dezembro, 2010, pp. 155-163.

_____. **O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 12(6):1429-1439, 2007.

SOUSA A.P, MACEDO J.P.S. **Transformações no Mundo do Trabalho: repercussões sobre o fenômeno da População em Situação de Rua**. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas UFMA, 2015, pág: 1-11.

SOUSA M.A. **População em Situação de Rua e Direitos Socioassistenciais no Contexto do SUAS uma análise sobre o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua-Centro POP no município de São Luís/MA**. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas UFMA, 2015, pág: 1-12.

SOUZA E.S, SILVA S.R.V, CARICARI A.M. **Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”***. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(Esp):810-4.

VASCONCELOS A. M. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

Westphal MF, Mendes R. **Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade**. Revista de Administração Pública – RAP - Rio de Janeiro, FGV, 34 (6): 47-61, Nov./Dez. 2000

YAZBEK M.C. **Classes Subalternas e Assistência Social**. Editora Cortez, 8ª edição, 2015, pág: 45-59.

_____. **Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun. 2012.

SITES VISITADOS

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>

DETERMINANTES SOCIAIS. Disponível em:

<<https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>>

CONSULTÓRIO NA RUA. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1167-sg-ep-raiz/pop-rua/19029-consultorio-na-rua>>