



Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Crise, trabalho e tendências contemporâneas das políticas sociais no capitalismo.

SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DO RECIFE: UMA ANÁLISE DO SERVIÇO SOCIAL

CLÉCIA PEREIRA DA SILVA¹
CLAUDJANE PEREIRA DO REGO²
JOSENILDO DA SILVA³
RAQUEL CAVALCANTE SOARES⁴

Resumo: O presente trabalho tem como temática a Política de Saúde e seus equipamentos destinados para a População em Situação de Rua (PSR), mais especificamente, os moradores de rua que se encontram em alta hospitalar. O objetivo geral é analisar os encaminhamentos realizados pela equipe de Serviço Social de um hospital de média e alta complexidade da cidade do Recife-PE. Os resultados demonstram que há necessidade de articulação entre diversos setores das políticas públicas, em especial no que se refere às políticas de saúde e assistência social.

Palavra Chave: Serviço Social, Saúde, População em Situação de Rua.

Abstract: The present work has as its theme the Health Policy and its equipment destined for the Population in Street Situation (PSR), more specifically, the street dwellers who are in hospital discharge. The general objective is to analyze the referrals made by the social service team of a hospital of medium and high complexity in the city of Recife-PE. The results show that there is a need for articulation between different sectors of public policies, especially regarding health policies and social assistance.

Keywords: Social Work, Health, Population in Street Situation.

1-INTRODUÇÃO

Historicamente, o surgimento da População em Situação de Rua (PSR) teve sua origem com o advento do sistema capitalista, mais precisamente na Inglaterra, no final do séc. XVIII, quando o pauperismo⁵ se instituiu, assumindo a desigualdade social e econômica como meio de estruturação do sistema, como afirma Silva (2009, p.96): “tendo como base a

¹ Estudante de Pós-Graduação, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (PE), E-mail: cleciaps1994@gmail.com.

² Estudante de Pós-Graduação, Rede de Atenção Psicossocial do Recife, E-mail: cleciaps1994@gmail.com.

³ Profissional de Serviço Social, Hospital da Restauração, E-mail: cleciaps1994@gmail.com.

⁴ Professor com formação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, E-mail: cleciaps1994@gmail.com.

⁵ Sinônimo de miséria e pobreza extrema.

expropriação dos produtores rurais e camponeses e sua transformação em assalariados, no contexto da chamada acumulação primitiva e da indústria nascente.”

Nesse contexto, a População em Situação de Rua (PSR) era assistida segundo Sposati (1985) pelas instituições de caridade, geralmente comandadas por igrejas, possuindo assim um cunho assistencialista. Havia uma omissão do Estado, devido à inexistência de políticas sociais para esse segmento, fato que trouxe como consequência à condição de invisibilidade do fenômeno para o poder público e a sociedade.

No Brasil, a partir da democratização, iniciada na década de 1980 e a concretização da Constituição Federal de 1988, a temática relacionada à população em situação de rua começa a se torna pauta de debates e políticas públicas. Isso ocorreu devido o aumento do fenômeno da população em situação de rua (PSR) durante esse período, tendo como causa a reestruturação produtiva do capital. Esse processo, por sua vez, se iniciou a partir dos efeitos da crise dos anos 70, nos países de capitalismo avançado, atingindo os países periféricos, incluindo o Brasil, a partir da década de 80, e se intensificando na segunda metade dos anos 90. Para Silveira (2014):

Na reestruturação produtiva é o capital produtivo que cede lugar ao capital financeiro, acarretando uma série de mudanças no mundo do trabalho como: as demissões em massa, trabalho informal sem garantias trabalhistas, baixos salários, etc. Todo esse processo vai acentuar a desigualdade social que é fruto dessa sociedade capitalista excludente, quando uma minoria desfruta de toda riqueza produzida e a grande massa fica à mercê das políticas sociais, que são focalistas, residuais e seletivas e o morador em situação de rua faz parte da grande massa (SILVEIRA, 2014, p.18).

Em resposta à crise do padrão de acumulação, o capital se reorganiza economicamente e politicamente contra o trabalho organizado. De acordo com a autora Silva:

O Brasil não fugiu a esse padrão. A partir da última década do século passado, particularmente de sua segunda metade, avançou em seu processo de ajuste às políticas neoliberais, tendo a financeirização do capital, a reestruturação produtiva e a reorientação do papel do Estado como metas. Esses processos combinados ocorreram sob condições subordinadas e implicaram mudanças no mundo do trabalho, que contribuíram para o aprofundamento das desigualdades sociais, devido ao aumento da concentração da renda, ao aprofundamento do desemprego e à precarização do trabalho e à queda da renda média real dos trabalhadores. A combinação desses elementos promoveu a expansão da superpopulação relativa ou do exército industrial de reserva no País, elevando assim os índices de pobreza e os níveis de vulnerabilidade social da classe trabalhadora (SILVA, 2009, p.81).

As primeiras notícias sobre o fenômeno da PSR datam dos anos de 1990 e, não é por acaso, que emergem os movimentos de luta pela inclusão desse segmento no cenário de discussão das agendas de políticas sociais, a partir de alguns eventos que deram maior destaque e visibilidade à população em situação de rua, como o Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua, em 1993, seguido do Grito dos Excluídos, a partir de 1995, os

Seminários Nacionais e o 1º Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis, além da 1ª Marcha do Povo da Rua, em 2001, evidenciando-se a urgência de sua inclusão nas normativas.

Contudo, só em 2009 com o Decreto nº 7.053 que se instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, esses avanços foram possíveis devido às ações dos movimentos sociais e as reivindicações para a inclusão dessa população nas diversas políticas sociais. Apesar das divergências existentes entre o real e o legal.

Atualmente a PSR é uma clara manifestação das expressões da questão social, como afirma Argiles (2011, p.2) “em meio a uma sociedade marcada pela desigualdade social e supervalorização do capital em detrimento do respeito aos direitos inalienáveis do ser humano a ‘População em Situação de Rua’ pode ser considerada como uma das mais dramáticas manifestações da questão social”. Compreende-se questão social, segundo Iamamoto, como:

O conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 1999, p. 27).

O fenômeno da população em situação de rua é compreendido na contemporaneidade como um grupo social com dimensões multifacetadas e multidimensionais, onde seu crescimento se acentua, geralmente, com o agravamento das crises do capitalismo (SILVA, 2009). Dessa forma, é importante compreender a definição do que venha a ser esse segmento para maior resolutividade de suas demandas e para se garantir uma maior eficácia aos serviços prestados.

Assim, aqui compreendemos a população em situação de rua partindo da caracterização da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua:

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 (BRASIL, 2008, p.08).

Todavia, mesmo partindo dessa caracterização, como já abordamos anteriormente, também compreendemos que a problemática da população em situação de rua é expressão da questão social e estruturada nas determinações sócio-históricas do desenvolvimento capitalista.

Apesar do contexto da desigualdade social presente na sociedade, surgem alguns mecanismos de coesão das classes subalternas ao sistema e, dialeticamente, de

atendimento das demandas e necessidades sociais da classe trabalhadora, como as políticas sociais (SILVA, 2009). Um exemplo claro é o Sistema Único de Saúde, que foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas leis 8.080/1990 e 8142/1990 (Leis Orgânicas de Saúde).

Um dos princípios que se destacam nas conquistas da saúde é a universalidade, que segundo Andrade:

Dentre os princípios doutrinários que norteiam o SUS, temos a Universalidade que pode ser compreendida como a garantia de atenção por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão; neste contexto todo cidadão passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde (...) Contudo podemos entender que a saúde é um direito de cidadania assegurado pela lei e é dever das três esferas do governo (ANDRADE, 2009, p.13).

Outra conquista no Brasil é a compreensão que a saúde vai além da simples ausência de doença física, há um bom tempo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) define a mesma como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. Na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 se confirma este conceito a partir do momento que ressaltam as expressões da questão social, ao indicar como fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. (BRASIL, 1990, p.1).

Analisando a realidade da sociedade brasileira, percebe-se que a maioria da população não tem acesso a muitas dos determinantes sociais em saúde, em especial no que diz respeito à população em situação de rua. Adotamos neste estudo abordagem de acesso compreendida como:

O “grau de ajuste” entre os serviços de saúde e a comunidade; “acesso é a liberdade de usar serviços de saúde” e é representado por três dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade. A disponibilidade caracteriza-se por todos os fatores de um serviço específico ao alcance do usuário. A acessibilidade refere-se aos custos diretos e indiretos dos cuidados em relação à capacidade do serviço que abrange o subjetivo, o social e o cultural, tais como o grau que um determinado serviço é culturalmente seguro, por isso, defendem que a informação é essencial para que um potencial acesso transforme-se em uso de serviços (ASSIS; JESUS, 2012, p. 2868).

Dessa forma, entendem-se que os serviços de saúde prestam assistência a um público heterogêneo, pessoas de distintas classes sociais e diferentes níveis de vulnerabilidade. Nas unidades de saúde de grande porte, como hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) essa diversidade se acentua ainda mais. Desse modo, entre os usuários que são atendidos nas unidades de saúde também se encontram as pessoas em situação de rua.

Os hospitais de emergência costumam ser a principal porta de entrada da população em situação de rua. Como evidencia o censo realizado pelo Governo Federal, em 2007, este constatou que 43,8% dos indivíduos que compõe este segmento quando doentes procuravam em primeiro lugar o hospital/emergência e em segundo lugar 27,4% procuravam o posto de saúde. Nogueira (2008) também chega a essa conclusão em seus estudos, pois os hospitais de emergência acabam sendo uma referência ao atendimento da população em situação de rua, no sentido de sua recorrência.

Um dos fatores que favorecem a entrada da população em situação de rua por esse tipo de unidade de saúde é o fato dessa população se encontrar em uma situação vulnerável⁶, devido residirem nas ruas durante a noite. Como afirma Carneiro Junior (1998):

Essa população fixa-se predominantemente nas áreas centrais das cidades, onde comércio e serviços em geral se concentram, atraindo maior afluxo de pessoas, o que possibilita a obtenção de alimentos e alguns recursos financeiros, sendo que, no período noturno, esses locais ficam praticamente despovoados e se transformam em ambientes perigosos (CARNEIRO JUNIOR, 1998, p.49)

Nogueira (2008) ressalta que devido o estado de vulnerabilidade e risco que esta população se encontra, muitas vezes chegam aos Hospitais de emergência, oriundos de casos de violência, atropelamento, quedas, ferimentos graves, estados de perda da consciência.

Quando esses usuários chegam aos hospitais tornam-se demandas de atuação especial do Serviço Social, visto o quanto os direitos desses cidadãos são negados; direitos esses fundamentais do ser humano, considerados essenciais para a própria subsistência: segurança alimentar, moradia, saúde e trabalho.

A preocupação da equipe de saúde do hospital, nesses casos específicos é se o usuário vier a ter alta hospitalar e não conseguir desocupar o leito, pois, na maioria das vezes, esses usuários mesmo de alta ainda encontram-se muito debilitados e necessitam de cuidados, voltar a estar na rua só irá regredir seu estado clínico. Portanto, quando o usuário em situação de rua recebe alta hospitalar o seu destino se torna algo incerto, visto que, na maioria das vezes, o usuário não possui condições de retornar a vivência nas ruas, como também não pode continuar na unidade de saúde. Desse modo, em geral, o usuário recebe alta médica, mas não a alta social.

Assim, a partir dessa demanda torna-se necessário a realização da articulação entre os serviços de saúde com os serviços de assistência social. O assistente social tem se caracterizado como um dos profissionais que mais realizam a articulação desse processo de intersetorialidade entre as políticas de proteção social, visto que:

⁶ A vulnerabilidade pode ser entendida como a incapacidade dos indivíduos, famílias ou grupos, de enfrentar os riscos existentes no seu entorno, ampliando, portanto, a perda do seu bem-estar (PADOIN; VIRGOLIN, 2010, p. 02).

A intersectorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, à inclusão e enfrentamento das desigualdades sociais identificadas. Supõe a implementação de ações integradas e a superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Envolve a agregação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns e devem ser princípio orientador da construção das redes municipais” (YAZBEK, 2014, p.98).

Geralmente os problemas de saúde dos indivíduos que se encontram em situação de rua têm origem em situações complexas, cuja resposta necessita de intervenções articuladas entre os gestores, profissionais de saúde e com diversos outros setores, dessa forma a intersectorialidade implica em desenvolver ações concretas relacionadas à garantia de direitos na sua totalidade.

Nesse sentido, para se garantir a saúde da população em situação de rua, faz-se necessário integrar os serviços de saúde aos demais serviços destinados a este segmento, articulando políticas e programas que impactam na sua saúde. Isso significa que, a prevenção e os cuidados com a saúde deste grupo devem estar voltados para uma atenção integral no âmbito das políticas públicas sociais que tem o objetivo de proteger este grupo, suas ações devem estar articuladas com as ações de outras políticas, mas especificamente com a política de assistência social, de forma que não só as ações, mas os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos sejam potencializados no sentido de garantir a resolutividade das necessidades da PSR.

Diante desse contexto, o presente artigo tem por objetivo analisar as contradições e dificuldades na intersectorialidade das políticas de saúde e assistência social para as pessoas em situação de rua após alta hospitalar, a partir dos encaminhamentos realizados pela equipe de Serviço Social de um hospital de média e alta complexidade da cidade do Recife-PE no setor da emergência geral, no período de 2015.

Este trabalho é parte integrante de uma pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso que se estruturou metodologicamente a partir de pesquisa bibliográfica, pesquisa de dados secundários sobre a temática da população em situação de rua, sobre os registros de diário de campo do estágio obrigatório e registros de atendimento do Serviço Social⁷ de uma unidade de saúde de grande complexidade da rede SUS em Pernambuco.

⁷ O acesso a esses registros teve a anuência do Serviço Social da unidade de saúde, foi focalizado nos registros de atendimento à população em situação de rua e se deu de forma a preservar o sigilo das informações de identidade referentes aos usuários e profissionais.

2-DESENVOLVIMENTO

O presente trabalho apresenta dados obtidos em uma unidade de saúde de alta complexidade da cidade do Recife e parte da análise da “ficha de evolução de acompanhamento dos casos sociais”, que é um instrumental utilizado pelo Serviço Social nos atendimentos aos casos sociais, em especial à população em situação de rua, para o registro dos encaminhamentos a rede de proteção social.

Os dados obtidos na realização do estudo demonstram que durante o ano de 2015 na instituição, as assistentes sociais atuaram sobre 60 casos, entre esses, escolhermos trabalhar com 29⁸ dos casos sociais, uma vez que estes chegaram à unidade durante a vivência do estágio entre os meses de setembro a dezembro de 2015⁹. A partir do desenvolvimento dessa análise os principais achados se apresentam no decorrer da discussão.

A questão da intersetorialidade se apresenta como algo primordial em relação ao atendimento à população em situação de rua, devido a todo o contexto de vulnerabilidade social que este se encontra. Dessa forma, percebe-se a necessidade da articulação com diferentes setores das políticas sociais, visto que esse segmento chega na unidade de saúde apresentando uma série de demandas.

No entanto, a intersetorialidade tem sido tratada de forma insatisfatória pela gestão dos SUS. Como ressalta Costa (2014, p.196): [...] “constatou-se que a intersetorialidade não tem sido incorporada como estratégia fundamental inerente ao planejamento e a gestão em saúde no atual contexto do SUS”.

Outro fato que contribui para o acirramento da intersetorialidade na realidade hospitalar é a questão das intervenções que envolvem ações intersetoriais, não serem vistas como “procedimentos autorizados e parâmetros de produtividade, não é percebido salvo raras exceções, como necessidades e demandas colocadas ao sistema de saúde que devem ser apreendidas pela equipe de saúde em seu sentido amplo” (COSTA, 2014, p.196-197).

Dessa forma, as atividades intersetoriais acabam sendo tidas como procedimentos próprios das assistentes sociais, como apresenta Costa (2014, p.197): [...] “nesse sentido, que as necessidades sociais e de saúde mais amplas, vem sendo recortadas em demandas,

⁸Ressaltamos que a nossa análise irá apresentar algumas tendências e características apenas dos 29 casos acompanhados, portanto, não será possível uma generalização do conjunto dos usuários que foram atendidos no ano de 2015.

⁹Destacamos que esses casos não foram acompanhados diretamente por nós durante o período de estágio, e sim chegaram à unidade nesse espaço de tempo.

transformadas em atividades de uma categoria, e assim vem sendo incorporadas pela equipe de Serviço Social”.

A ausência de articulação intersetorial por parte de outros profissionais, juntamente com a hegemonia da perspectiva biomédica, acabou por consolidar suas demandas a exclusividade do Serviço Social, que por sua vez acaba tratando como uma atividade rotineira e não como uma estratégia de gestão do sistema, dificultando ou mesmo impossibilitando a concretização da intersetorialidade, como justifica Costa (2014):

No dia a dia dos serviços de saúde, a intersetorialidade tem se reduzido a ações isoladas, pontuais e subsidiárias à lógica do modelo médico-hegemônico e ao seu *modus operandi*, centrado em procedimentos curativos individuais. E que, em geral, não constitui objeto de interesse e de ação dos profissionais tradicionais de saúde. Ao contrário, acabam não sendo vistas como demandas de saúde, mais como problemas sociais que dizem respeito apenas aos profissionais da área social [...] (COSTA, 2014, p. 197).

Ainda como afirma Costa (2014), no atual contexto do SUS, diversas demandas “necessidades” de saúde não atendidas e/ou não incorporadas pela saúde, entre elas, as ações de natureza intersetorial, acabam por se tornarem demandas exclusivas do Serviço Social e este vem assumindo tais demandas. O fato da profissão arcar com essas responsabilidades, acaba por sobrecarregar o Serviço Social, contribuindo para a precarização do seu trabalho, pois na maioria das vezes é necessário lidar com a fragilização dos vínculos com outros profissionais e com a própria instituição

Outros aspectos que contribuem para a descontinuação dos casos sociais são as demandas assistenciais/emergenciais que atingem os profissionais de forma que não lhes sobram tempo para atribuições, que requerem mais aprofundamento investigativo, que geralmente envolvem a população em situação de rua.

No levantamento dos dados realizados, percebeu-se que, dos 29 casos, em 17 deles houve algum tipo de intervenção por parte do Serviço Social, e que em 12 não houve qualquer tipo de intervenção.

Dentre os 17 caso que foram atendidos pelo Serviço Social, no que concerne aos serviços de saúde que foram consultadas pelas Assistentes Sociais, esses dizem respeito a um contingente de 5 instituições, sendo assim divididas: atenção básica, secretaria de saúde e consultório de rua, esses serviços foram acionados apenas uma vez cada, porém, apenas a intervenção com o consultório de rua obteve sucesso¹⁰. No que diz respeito aos serviços de mais alta complexidade da saúde, acessados durante a busca para a resolutividade dos casos, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e outros hospitais foram acionados apenas dois vezes cada, sendo que a UPA teve sucesso nas duas situações que foi requisitada, já os hospitais, apenas uma vez.

¹⁰ Caracterizamos sucesso, quando o objetivo da ação ou intervenção é alcançado.

Nota-se que, poucas vezes os mecanismos da própria rede de assistência à saúde foram acionados, algo que deveria ter ocorrido com mais frequência, visto a forma que é estruturado o SUS, através do princípio da integralidade, onde as instituições que prestam atendimento à saúde devem se complementar. Uma vez que o conceito de integralidade, está relacionado ao de integração entre os serviços, assim como é compreendido por Hartz; Contandriopoulos (2004):

No Brasil, a integralidade da atenção é um dos seus pilares de construção, baseada na primazia das ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias. O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. S.331).

Constata-se que, muitas vezes, esses aspectos ficam apenas nos estatutos legais, visto que, o processo de contrarreforma, no qual a focalização e a precarização dos serviços são realidades hoje, vivenciadas nos serviços do SUS, o que torna a realidade de ações de integração entre os provedores dos serviços, muitas vezes não concretizável. Como afirma o autor acima citado:

Teoricamente, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, mas, na prática, isso ainda não se realizou e poucas são as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática de seus efeitos (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. S 331).

Outra questão que se destaca, é o fato da não resolutividade da atenção básica e o número reduzido de vezes que o serviço foi acionado, apesar de ser considerada a principal porta de entrada aos cuidados de saúde no SUS. Dessa forma, essas unidades possuem informações importantes para o desenvolvimento dos casos, em razão que esses usuários deveriam, em tese, já terem sido atendidos nesses serviços. No entanto, sabe-se que isso não ocorre, a população em situação de rua possui como preferência de acesso os serviços de urgência e emergência.

Todas essas questões estão diretamente ligadas ao fato já anteriormente discutido, no qual a racionalidade dos serviços vem estruturando-se na contenção de gastos, afetando a atenção básica através da Estratégia da Saúde da Família (ESF), constituída por uma equipe mínima, o que dificulta uma cobertura de qualidade à população e que atenda suas diferentes demandas, assim afetando diretamente a população de rua que possui diversas especificidades (SOARES, 2010; COSTA, 2010).

O consultório de rua apresenta-se como outro serviço que possui inúmeras adversidades, pois apesar de ser na área da saúde, o aparelho direcionado exclusivamente a esse segmento, foi requisitado apenas uma vez, entre os 29 casos. Dessa forma, observa-se que este serviço não tem sido referência, isso ocorre devido às várias limitações, como apresentado por Santana (2014):

Reconhecemos o valor dos dois programas: consultórios de rua e consultórios na rua. No entanto, a maior dificuldade não é criar a política, mas viabilizar a sua implantação. O cenário atual é composto de trabalhos pouco articulados entre si, gerando sofrimento aos seus trabalhadores, duplicidade de funções e pouca resolutividade de ações. As equipes de trabalho estão sobrecarregadas com responsabilidades clínicas, assistenciais e administrativas. Estudos demonstram que o sucesso desses programas depende de ações intersetoriais e interinstitucionais, institucionalizadas e duradouras. Ações isoladas, além de serem pouco efetivas, podem contribuir para culpabilização do sujeito que se sente incapaz de se inserir nessa estrutura complexa. A atuação desarticulada e deficiente em termos de materiais, recursos humanos, organização dos serviços e outros, somada às barreiras e preconceitos existentes entre os profissionais, refletem os limites das políticas setoriais (SANTANA, 2014, p.1798).

Como bem discute Santana (2014), o consultório de rua apresenta inúmeros desafios para a sua efetivação, sendo um desses, a necessidade da realização de intervenção no âmbito da intersetorialidade. Portanto, verifica-se a importância da intersetorialidade para a população em situação de rua, devido o complexo estado de vulnerabilidade que essa população se encontra.

Percebe-se, dessa forma, a necessidade da articulação entre diversos setores das políticas públicas, em especial no que se refere às políticas de saúde e assistência social no que diz respeito ao grupo em estudo, como é apresentado na Política Nacional para a População em Situação de Rua, que traz em seu no Art. 7º, um dos seus objetivos: “[...] criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços” (BRASIL, 2009, p.1).

Partindo desse contexto, ressaltamos que entre os contatos realizados pelo Serviço Social referente aos casos sociais, destacamos as intervenções direcionadas a rede de assistência social, na qual as instituições acionadas englobam a totalidade de 5, sendo essas: Centro de Referência em Assistência Social (CREAS), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e Instituto de Assistência Social e Cidadania (IASC).

A partir dessas intervenções foram obtidos sucessos nos seguintes casos: o CREAS foi acionado 4 vezes e somente 2 delas houve sucesso; o Centro POP foi acionado 10 vezes e somente obteve sucesso em 2 delas; o IASC teve 2 contatos, com 1 intervenção com sucesso e outro sem sucesso.

Observa-se que apenas 4 vezes o CREAS foi acionado, e ainda assim, possuiu um baixo percentual de resolutividade e de fornecimento de informações. Uma das possíveis

razões que pode estar relacionada a essa realidade é a grande demanda que este equipamento possui, uma vez que existem apenas 4 unidades do CREAS na cidade do Recife que atendem a diversos tipos de casos. Além das dificuldades encontradas na realização de ações em rede, como afirma Barria (2013, p.7):

[...] observa-se uma dificuldade, dos profissionais inseridos nesses espaços, em se articular seja, no âmbito da proteção social básica, seja com os serviços ofertados por outros órgãos de defesas de direitos. Muitos dos atendimentos ofertados pelos CREAS se resumem a um trabalho solitário, com encaminhamentos burocratizados, engessados e, por consequência disto culminam em uma atenção fragmentada da situação vivenciada pelo usuário e, sobretudo do esvaziamento da importância em parceria.

Esses limites acabam afetando diretamente na implementação de ações intersetoriais, tornando-se empecilhos para as resolutividades referentes à população de rua, uma vez que este serviço trabalha mais próximo às famílias desses sujeitos. Quando na verdade, diante dos marcos legais, este serviço é o responsável por realizar a proteção desse segmento junto ao Centro POP.

No que diz respeito ao Centro POP, a realidade não é diferente. Apesar deste serviço está voltado para a população em situação de rua, possuindo assim, entre os casos analisados, o maior número de contatos realizados pelas assistentes sociais, este equipamento apresentou um baixo nível de resolutividade. Estando entre os determinantes desse processo, o fato do município do Recife dispor apenas de duas unidades desse serviço, para atender a uma demanda que vem crescendo ao longo do tempo. Dessa forma, os serviços acabam prestando na maioria das vezes, segundo Reis (2013, p.8): “[...] medidas paliativas efetivadas através de uma linha de atendimento emergencial [...]”. Muitas vezes, nem conseguem dar conta das demandas que lhe são próprias.

O IASC é uma autarquia coordenadora dos serviços de alta e média complexidade da cidade do Recife, no âmbito da política de assistência social, sendo essa responsável por um considerável número de abrigos. No entanto, poucas vezes foi acionado (2 vezes), devido aos critérios rígidos de acesso, uma vez que, um paciente que está de alta hospitalar, em sua maioria, se encontra com a saúde muito debilitada, necessitando de cuidados especiais. E, na maioria das vezes, esses espaços não fornecem meios adequados para a continuidade dos cuidados.

Os dados apresentam que os fechamentos dos casos obtiveram os seguintes resultados: 12 usuários retornaram as ruas, 2 foram abrigados, 7 voltaram ao convívio familiar, 4 foram transferidos para outros hospitais, 3 foram encaminhados para instituições da rede de proteção social e 1 veio a óbito.

Percebe-se dessa forma, a necessidade da articulação entre diversos setores das políticas públicas, em especial no que se refere às políticas de saúde e assistência social no

que diz respeito ao grupo em estudo, como é apresentado na Política Nacional para a População em Situação de Rua, que traz em seu no Art. 7º, um dos seus objetivos: “[...] criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços” (BRASIL, 2009, p.1).

Assim, percebe-se que um fator que contribui para a negação da intersetorialidade é a dificuldade na realização de contatos com a rede de proteção social, de uma forma geral, que ocorre pelo fato das políticas públicas e, conseqüentemente, seus aparelhos trabalharem de forma setorial, focalizadas nas necessidades aparentes dos usuários, sem levar em consideração a totalidade dos problemas por eles enfrentados.

Diante do exposto, percebe-se quão fragmentada e fragilizada é a rede de proteção social destinada à população em situação de rua, tanto no âmbito da política de saúde como de assistência social, existindo a dificuldade na execução de ações setoriais nas políticas citadas, sendo mais ainda negado a efetivação da intersetorialidade entre essas políticas, contribuindo para que este segmento continue tendo seus direitos violados.

3.CONCLUSÃO

A partir da análise realizada, podemos identificar as contradições das políticas sociais, entre elas a política de saúde e assistência social, principalmente com relação à intersetorialidade entre essas políticas, havendo ao mesmo tempo sua afirmação e negação. A afirmação se dá quando em alguns casos, a partir de um trabalho mais árduo dos profissionais, em especial os assistentes sociais, se consegue ter uma relativa resolutividade dos casos sociais acompanhados, enquanto outros não.

No entanto, é importante considerar que a afirmação e negação ao mesmo tempo da intersetorialidade, reproduz a contradição dada à política social no Estado brasileiro. Em relação à PSR, que é expropriada do acesso ao trabalho e outros direitos fundamentais e quando conseguem ter acesso às políticas, são de forma bastante fragmentadas, precárias e emergenciais, expressando assim, uma parte da política mais complexa e contraditória, no sentido que esse é um dos segmentos que expressa a barbarização da vida e as contradições das políticas no atendimento a esta população.

No que se refere aos dados obtidos, verificou-se que em relação aos contatos e encaminhamentos realizados pelo Serviço Social, apenas este profissional realizou ações voltadas às articulações externas e internas com outros setores como a política de assistência social.

Apesar de serem essas políticas acionadas, a maioria das vezes os serviços se apresentaram de forma muito precário e fragmentado, comprometendo a resolutividade dos casos, uma vez que dos 29 casos analisados, 2 foram abrigados, 7 voltaram ao convívio familiar, 4 foram transferidos para outros hospitais, 3 foram encaminhados para instituições da rede de proteção social e 1 veio a óbito e 12 usuários retornaram às ruas, não sendo realizada nenhuma intervenção, nem mesmo por parte dos profissionais de Serviço Social. Aqui evidencia-se a precarização da política de saúde e a condição de déficit das equipes profissionais, tendo em vista que um número expressivo de casos não conseguiu nem sequer ser objeto de intervenção dos assistentes sociais.

Outro aspecto relevante, para falta de resolutividade são as limitações dos serviços destinadas a esse público, tanto na área da saúde, como da assistência social. Tendo como exemplo mais evidente o Consultório de Rua, visto que os dados da pesquisa apresentam que esse serviço foi acionado apenas uma vez dentro dos 29 casos, demonstrando que esse equipamento não se mostra como referência no cuidado à saúde para os profissionais de Serviço Social dessa unidade de saúde.

Já no que se refere aos equipamentos da política de assistência social, em especial o Centro POP, a pesquisa traz os seguintes dados: 10 vezes os serviços foram acionados, mas obtiveram sucesso apenas 2 vezes. O que demonstra a condição de fragilidade, não menos diferente da saúde.

Sendo assim, o princípio da intersetorialidade, se efetivado, iria buscar romper com a lógica assistencial, hospitalocêntrica, tecnicista e centrada no indivíduo que é dado a população em situação de rua ao longo de sua história. No entanto, se percebe que as ações ligadas a intersetorialidade, não levam em consideração o papel fundamental dos determinantes sociais e econômicos para a efetivação e afirmação deste princípio.

Desse modo, conclui-se que a intersetorialidade é de fundamental importância para a efetivação da proteção à população em situação de rua, no que se refere à integralidade das ações das políticas sociais. Percebe que há uma maior necessidade de estudos sobre esse segmento, uma vez que, a última pesquisa foi realizada em 2008. Além do fato de que os equipamentos existentes não conseguem atender às demandas desse público, e que por muitas vezes, se materializa em ações fragmentadas e emergenciais, provendo apenas os mínimos.

Por fim, esse estudo, não pretende esgotar aqui as discussões acerca da intersetorialidade no processo de efetivação das políticas sociais voltadas para a população em situação de rua, e sim, objetivamos nos aproximar da realidade desse segmento, de forma a contribuir não só com a análise, mas na reflexão sobre a intersetorialidade no cotidiano dos serviços de saúde e assistência social. Com isso, este trabalho busca constituir-se também como instrumento para consolidar esse princípio.

4.REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. de O. O SUS e o direito a saúde do brasileiro: leitura dos seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**, Brasília, DF: CFM, v. 18, n. 1, p. 61-74, 2010.

ARGILES, Mariglei dos Santos. Assistência Social e População Em Situação De Rua. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz – Maranhão. 2011.

ASSIS, Marluce, M. Araújo e JESUS, Washington, L. Abreu. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2865-2875, 2012.

BARRIA, Vivian da Silva; MARQUES, Elisangela de Moraes; MONTEIRO, Simone. **A Experiência dos Centros de Referência da Assistência Especializada da Assistência Social - CREAS: Desafios E Limites Para A Efetivação Da Assistência Social. VI Congresso Internacional de Políticas Públicas**, São Luiz, 2013.

BRASIL. Lei. No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. **Brasília: DF**. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. **Brasília: DF**, 2009.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Meta instituto de Pesquisa de Opinião. **Pesquisa Nacional Sobre A População em Situação de Rua**. Abril/2008.

CARNEIRO JUNIOR Nivaldo; NOGUEIRA, Edna Aparecida; LANFERINI, Gisele Magalhães; ALI, Débora Amed; MARTINELL, Marilda. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Revista Saúde e Sociedade** 7 (2):47-62,1998.

COSTA, M. D. H. A intrínseca relação entre intersetorialidade e Promoção da Saúde. In: VASCONCELOS, Kathleen Elaine Leal; COSTA, Maria Dalva Horacio da (Org.). **Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2014.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros" **VI Congresso Internacional de Políticas Públicas**, São Luiz, 2013.

INOJOSA, R. M.; JUNQUEIRA, L. P. Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: a experiência de fortaleza. **XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública : Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”**. Caracas, 1997.

- IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- NOGUEIRA, Fabiana da Glória Pinheiro. Hóspedes incômodos: estudo sobre moradores de rua em um hospital de emergência. **Dissertação (Mestrado em Serviço Social)** – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- REIS, Miriam Fátima; DUTRA, Carla de Moraes. A Atenção Social à População em Situação de :desafios à política. **VI Congresso Internacional de Políticas Públicas**, São Luiz, 2013.
- SANTANA, Carmen. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 6., 2013. **Anais [...]**. São Luiz, 2013.
- SOARES, Raquel Cavalcante. **A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese (Doutorado em Serviço Social) –Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2010.
- SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Trabalho e População em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.
- SILVEIRA, Luiza Helena da. **Uma Análise Acerca Dos Serviços Oferecidos Pela Secretaria De Assistência Social Do Município De São José, Destinados Aos Moradores Em Situação De Rua**. (Monografia) Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis– SC, 2014.
- SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**. São Paulo: Cortez, 2006.
- YAZBEK, Maria Carmelita. A dimensão política do trabalho do assistente social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 120, p. 677-693, out./dez. 2014