



7º Encontro Internacional de Política Social
14º Encontro Nacional de Política Social
Contrarreformas ou Revolução:
respostas ao capitalismo em crise
Vitória (ES, Brasil), 03- a 06 de junho de 2019

Eixo temático 11: Fundamentos Teóricos da Política Social

Saúde e população em situação de rua no Brasil

RESUMO: Artigo parte do processo de formação acadêmica na pós-graduação e objetiva, à luz da teoria crítica, revisar a discussão sobre assistência à saúde para a população em situação de rua. Assim, propõe-se a analisar as dimensões do acesso e, nesse sentido, as barreiras vivenciadas por esse grupo, considerando os mecanismos de desigualdade em que está inserido e que se espriam na política social. Nisso, ao passo de grandes conquistas, se confrontada o histórico de descaso estatal para com as políticas sociais voltadas a esse público e, nisso, a saúde pública, que ainda sofrem com sérios desafios no âmbito da acessibilidade.

Palavras-Chave: Saúde; Brasil; População em Situação de Rua; Acesso.

Health and homeless population in Brazil

ABSTRACT: This paper results from the Graduate Program studies and it aims to review the discussion about health care for homeless population from the Critical Social Theory perspective. Thus, it proposes to analyze the dimensions of access and the challenges experienced by this group, considering the mechanisms of inequality in which they are inserted and that spread in social policy. This took place along with great achievements since there is a history of state neglect with social policies, which still suffer with difficulties in accessibility, including public health.

Keywords: Health; Brazil; Homeless Population; Access.

1. Introdução

O direito à saúde é previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (LOS), a partir do estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto da articulação e mobilização de movimentos sociais, que garantiram a provisão sobre formulação de “políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

Destarte, a criação desse sistema, com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade – que não podem ser vistos de forma fragmentada¹ –, se

¹Segundo Cecílio (2006), isso ocorre porque a: “Universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde constituem um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da Reforma Sanitária brasileira. A cidadania, a saúde como direito

confronta com os desafios postos à sua implementação.

Concebido na 8ª Conferência Nacional de Saúde pelo Movimento Sanitário como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, espreço, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, e “antes de tudo, das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986), esse direito é explicitamente violado a diversas camadas e grupos sociais no Brasil, dentre esses, a população em situação de rua, sobretudo no contexto de recrudescimento da questão social e aprofundamento do neoliberalismo impostos pela crise do capital.

Nos termos marxistas, é possível afirmar que a população em situação de rua compõe a superpopulação relativa ou exército industrial de reserva, que significa um fenômeno multideterminado e inerente aos processos de acumulação do capital, surgido “no seio do pauperismo generalizado” (SILVA, 2009, p. 96). Assim, representa uma expressão inconteste da questão social, que por sua vez deve ser compreendida enquanto parte do processo de formação e desenvolvimento da classe operária, que passa a exigir em termos políticos outros tipos de intervenção além da caridade e repressão: ou seja, a criação e incorporação de direitos e políticas sociais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2007).

É nessa perspectiva teórico-metodológica que se buscará analisar, no âmbito da assistência à saúde no Brasil, as dimensões do acesso, partindo do reconhecimento sobre as barreiras de acessibilidade vivenciadas por esse grupo populacional em específico, ao considerar a estrutura de desigualdade social em que está inserido, tendo em vista o histórico de negação que vivencia e que trazem rebatimentos, tanto à condição de vida e saúde dessa população, dado que “a extensão e a natureza do desenvolvimento econômico podem ter impacto dramático nas condições de saúde” quanto no que diz respeito à relevância sobre própria oferta da política em questão (THIEDE; AKWEONGO; MCLNTYRE, 2014, p. 314).

O acesso, como “oportunidade de usar os serviços de saúde”, bem como “capacitação para tomar decisões bem fundamentadas sobre o uso desses serviços” (THIEDE; AKWEONGO; MCLNTYRE, 2014, p. 314) significa um conceito multidimensional. Aqui, compreende-se que os “grupos socialmente desfavorecidos” encontram importantes dificuldades nesse acesso, que terminam por influenciar na

de todos e a superação das injustiças resultantes da nossa estrutura social estão implícitas no tríplice conceito-signo” (CECÍLIO, 2006, p. 117).

justiça distributiva da assistência à saúde no Brasil, e exigem respostas articuladas dos sujeitos envolvidos nesse processo (GILSON, 2014, p.163).

Como parte do processo de formação acadêmica em pós-graduação na área de Serviço Social, esse artigo é produto e elenca, nesse sentido, autores para essa análise, a partir de bibliografia apresentada, bem como das discussões realizadas, objetivando a problematização sobre a oferta de políticas, programas e serviços de saúde voltados à população em situação de rua. Dentre esses:

- ALMEIDA, M. Saúde da População Negra e Equidade no Sistema único de Saúde. In: DUARTE, M. [et al.]. Política de Saúde Hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais. 1 ed. Campinas: Papel Social, 2014;
- BUSS, P. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. (Orgs). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009;
- CECÍLIO, L. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2006;
- GILSON, L. Aceitabilidade, Confiança e Equidade. In: MCLNTYRE, Di; MOONEY, Gavin (Orgs). Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014;
- MCLNTYRE, Di; MOONEY, G. Que Rumo Tomar Agora em Relação à Equidade? In: MCLNTYRE, Di; MOONEY, G. [Orgs). Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014;
- SANTOS, M.; ALMEIDA, G. Você Realmente Escolheu Atender Gente que nem a Gente ou te Obrigaram? Notas sobre a assistência à saúde a pessoas trans no Sistema Único de Saúde. In: DUARTE, Marco José de

Oliveira [et al.]. Política de Saúde Hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais. 1 ed. Campinas: Papel Social, 2014;

- THIEDE, M.; AKWEONGO, P. e MCLNTYRE, Di. Explorando as Dimensões do Acesso. In: MCLNTYRE, Di; MOONEY, Gavin [Orgs). Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

Unindo-se a esse material, considera-se outrossim, que a presente discussão constitui-se enquanto matéria relevante de investigação no Serviço Social, que necessita, portanto e fundamentalmente, ser continuamente analisada, mediante o desafio de reconhecer a estrutura e dinâmica da sociedade em que se insere enquanto profissional de capacidade técnica e especializada, tem quem por objeto de trabalho e investigação as expressões da questão social.

Por fim, a estrutura do presente artigo divide-se nesta Introdução, que apresenta elementos iniciais de análise; seguido do Desenvolvimento, a partir o aprofundamento do estudo em “Assistência à saúde no Brasil – dimensões do acesso à população em situação de rua”; finalizando com as Considerações Finais, que trazem subsídios conclusivos da temática, bem como oferta possibilidades de continuidade à discussão.

2. Assistência à saúde no Brasil - dimensões do acesso à população em situação de rua

Expressão radical e incontestada da questão social, a chamada superpopulação relativa, categoria em que se insere a população em situação de rua, está vinculada à análise sobre as “condições histórico-estruturais” (SILVA, 2009, p. 96) de origem do modo de produção capitalista, indicando sua relação com o surgimento das sociedades pré-industriais na Europa Ocidental, a partir do final do século XVIII, imersas no contexto da chamada acumulação primitiva.

Isso porque, o processo de separação do trabalhador das condições de seu trabalho, transforma, por um lado, os meios sociais de subsistência e de produção em capital, e, por outro, os produtores em trabalhadores assalariados (MARX, 1994, I, 2:

262). Esse cenário, marcado pela expropriação e usurpação dos bens, “lançou no improviso, no mercado de trabalho, uma massa de proletários sem lar nem pão” (MARX, 2000, p. 19).

Sendo assim, na própria crítica que Marx desenvolve à teoria de Malthus nos “Grundrisse”, há uma afirmação de que “a população trabalhadora, ao produzir a acumulação do capital, produz, em proporções crescentes, os meios que fazem dela, relativamente, uma população supérflua” (MARX, 1994, p. 732). Ou seja, esse exército² de reserva desempenha dois papéis centrais: de material humano disponível ao serviço das necessidades do capital, bem como de pressão por meio da concorrência, obrigando a parte empregada a sujeição das exigências do capital, no que diz respeito, sobretudo, às condições salariais.

Para tanto, vale-se das ações efetivadas por meio do Estado, enquanto espaço de correlação de forças, em que “a forma política estatal aparece ligada necessariamente ao capitalismo”, pois é na dinâmica simultânea entre acumulação da riqueza e da pobreza que é desafiado a encontrar novas estratégias de desenvolvimento, sejam elas “no terreno da legitimação, com medidas socialmente protetivas, seja no terreno da reprodução do capital, com medidas que transformam tudo em mercadoria” (MASCARO, 2013, p. 53; PEREIRA, C., 2016, p. 44).

As *políticas sociais*³, de maneira mais abrangente e efetiva, surgem como resposta à esse quadro de contradição entre capital e trabalho, no contexto maduro da sociedade capitalista. A saúde, insere-se nesse processo, na medida em que se compreende que o capital, como já indicara Marx, em “O Capital”, não terá nenhuma consideração pela saúde ou pela duração de vida dos/as trabalhadores/as, a não ser quando a sociedade exige que o faça (MARX, 1994):

Assim, seja reforçando as discriminações e/ou parcialidades que supostamente condena – por ignorar que a competição entre desiguais é sempre desigual e injusta –, seja aprisionando desvalidos na estigmatizante situação de miséria pessoal, a categoria mérito, abordada sempre na sua inter-relação com os direitos, subsidiará a análise de diferentes concepções de proteção social no curso da história; e, adicionalmente, de sua capacidade ou

²No Brasil pós-colônia, a mão de obra de negros/as libertos/as passa a constituir imenso exército industrial de reserva, absolutamente descartável e ausente de força política e se soma à imigrante da Europa, que por sua vez, financiada pelo poder público e importada em quantidade abundante e a baixo custo, foi enviada para as regiões Sul e Sudeste do país (MARINGONI, 2011).

³Para Camila Pereira (2016) a razão de ser das políticas sociais tem a ver com a “existência de desigualdades produzidas estruturalmente por um sistema social dividido em classes e reproduzido historicamente por meio de relações de poder constantemente renovadas” (PEREIRA, C., 2016, p. 68).

incapacidade de provimento das necessidades humanas básicas (PEREIRA, 2016, p. 59).

Deve ser concebida, portanto, dialeticamente, como forma indispensável à garantia de ganhos para a classe trabalhador: com a complexificação da sociedade e consequente radicalização de formas de alienação, opressão e exploração, são postas reivindicações diversas e, nessa medida, a luta pela saúde representa “um amplo processo de mediação para explicitação das necessidades humanas” (SANTOS, 2007, p. 27).

Partindo desse pressuposto, as políticas públicas têm por finalidade atender aos interesses coletivos pela primazia de participação do Estado, o que significa dizer, em última instância, que ela representa “um conjunto de decisões e ações que resulta ao mesmo tempo em ingerências do Estado e da sociedade [...]” (PEREIRA, P., 2008, p. 95) com financiamento regular e regulamentação formal, para que represente, assim, o cumprimento dos direitos sociais (IDEM).

Pensando o Brasil da atualidade em relação à população em situação de rua, a Pesquisa Nacional realizada em 2008 pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) vai indicar um cenário em que 29,7% dela afirma ter algum problemática de saúde, dentre os mais citados: hipertensão (10,1%), psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e visão/cegueira (4,6%); em que outras ainda se relacionam a infestações, tuberculose, gravidez de alto risco, álcool e outras drogas, saúde bucal (BRASIL, 2008; BRASIL, 2013).

Afirmam também que, quando doentes, procuram o hospital/emergência (43,8%) e em segundo lugar o posto de saúde (27,4%). Além disso, 47,1% dos/as entrevistados/as já estiveram internados/as em hospitais ou clínicas, 16,7% têm trajetória em hospitais psiquiátricos e 28,1% já foram atendidos/as em casas de recuperação para dependentes químicos.

Outros elementos levantados por estudos nesse campo concluem que a falta de tempo para buscar atendimento em saúde também é uma característica presente no fenômeno população em situação de rua, principalmente se for levado em consideração que a maior parte dessas pessoas estão inseridas no mercado informal, tornando-se mais difícil deixar o trabalho para buscar o cuidado. Aqueles/as que tem por ofício a coleta de materiais recicláveis, por exemplo, recebem pelo quilo recolhido, ou seja, abdicar de um período de produção para deslocar-se até os estabelecimentos de saúde, constitui, para

muitos, a ausência daquele recurso para garantia das condições objetivas de vida (BRASIL, 2012, p. 52).

A alternativa encontrada por muitos/as se estabelece assim no campo do autocuidado, dada justamente essa dificuldade recorrente de acesso ao sistema de saúde. Outra característica marcante é a dificuldade de prevenção a determinados agravos transmissíveis (como DST, dengue, leptospirose, tuberculose, dermatoses) ou de seguir o tratamento indicado dada as condições de vida, que se somam à experiência de discriminação e negligência vivenciada nos serviços, em que 19% revelam já terem sido proibidos de entrar em estabelecimentos públicos (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012).

No âmbito legal, o decreto nº 7.508/2011, que institui a Política Nacional da População em Situação de Rua, o conceitua como “grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular”, dado que são utilizados logradouros públicos (ruas, praças, jardins, canteiros etc.), bem como áreas degradadas (prédios vazios, ruínas, cemitérios etc.) como estadia ou forma de sustento.

Para a saúde, essa Política cria regiões de saúde e define oferta de serviços, ao compreender as especificidades dessa população, sobretudo quando compreende que ela geralmente se reporta à essa política em casos de emergência e, mesmo sem consulta marcada ou encaminhamento para marcação de consulta – no fluxo hierarquizado de referência e contrarreferência –, esses/as usuários/as devem ser acolhidos em suas demandas por orientação, atendimento e encaminhamento. Ou seja, o fato da procura pelo serviço de saúde já sinaliza por si só o reconhecimento do usuário da necessidade e oportunidade do cuidado e esse acesso não pode ser impossibilitado diante procedimentos impessoais ou burocratizados (BRASIL, 2012).

Desse modo, com o objetivo de reduzir a ineficiência no âmbito da saúde e considerando as especificidades da população em situação de rua, sobretudo as suas próprias condições de saúde, foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2009 o Comitê⁴

⁴O Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua, instituído pela portaria nº 3.305 de 24 de dezembro de 2009, tem por atribuição segundo seu Art. 2º: “propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS; apresentar subsídios técnicos e políticos voltados à atenção à saúde da população em situação de rua no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde; elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde; participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua; e colaborar com a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do Ministério da Saúde no que se refere à saúde da população em situação de rua”. E a partir dele, são colocados em prática diferentes iniciativas para a área da saúde, dentre as quais se destacam os Consultórios na Rua, a inclusão dessa população da agenda da área de Saúde Mental, eventos de formação dos/as profissionais de saúde nessa área temática (FERRO,

Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, que tem por finalidade a promoção de ações que proporcionem o acesso à atenção à saúde e colaborarem com “a elaboração, o acompanhamento e a avaliação de ações programáticas do MS” (BRASIL, 2013, p. 10) voltadas a esse grupo populacional.

Nesse sentido, a iniciativa se insere na dinâmica do SUS, considerando a importância da atuação de equipes interdisciplinares que prestem serviços de forma contínua, enfatizando a promoção da saúde, a prevenção e a atenção básica e especializada, inclusive as ações de urgência e emergência (BRASIL, 2013).

Mesmo assim, ainda permanecem as reivindicações da população em situação de rua apresentadas, por exemplo, sobre a revisão da forma como são feitos os encaminhamentos pela rede de saúde, pois o deslocamento para essa população nem sempre é possível, representando para alguns/mas uma verdadeira “peregrinação”; em que se observa a necessidade de uma ampla divulgação e discussão sobre a legislação em vigor no que tange ao atendimento/abordagem para os profissionais de saúde, com objetivo de capacitá-los para o acolhimento e atendimento desse referido segmento.

No campo da Saúde Mental, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 2010 marcou a iniciativa de inserir nessa seara a discussão sobre a população em situação de rua, ao incluir em suas formulações a defesa da garantia do acesso à rede de atendimento e apoiar a aplicação dos Consultórios de Rua (2009), bem como a inclusão da temática ao processo de educação permanente dos/as gestores/as e trabalhadores/as da área (FERRO, 2011).

Marca, dessa forma, a compreensão de reduzir uma lacuna histórica no trato das questões de saúde para com esse grupo e pojeta a implementação de importantes dispositivos nesse campo. Essa demanda é fundamental ser pensada, uma vez que , em relação à saúde mental, a Pesquisa Nacional vai indicar que o motivo pelo qual 35,5% dos/as entrevistados/as se encontram em situação de rua estaria relacionado ao uso de substâncias psicoativas e que 60% da população em situação de rua possui histórico de internação em alguma instituição, sendo que deste total 28% da população pesquisada já esteve internada em centros de referência para dependência química e 16,7% em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2008).

2011). Foram definidas ações que poderão impactar a condição de saúde dessas populações, tais como a ampliação da atenção básica (Consultórios na rua) por meio de equipes específicas para a PSR; o controle e tratamento da tuberculose; as ações de saúde mental (CAPS, CAPS AD; a formação e capacitação de profissionais, entre outras) (BRASIL, 2013, p. 10).

Nesse cenário, para a Reforma Psiquiátrica brasileira, é possível considerar que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem valor estratégico entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental no tratamento dessa problemática. Esses, têm por função a prestação de atendimento clínico integral com possibilidade de evitar internações; bem como permite pensar a necessidade de uma “revisão da forma de tratamento embasada na medicalização e, ao invés dela, que haja a oferta de mais estratégias de intervenção e cuidado na rede de atenção psicossocial” (BRASIL, 2005, p. 27).

Tal modelo, representa na atualidade um contraponto ao crescimento desenfreado das chamadas Comunidades Terapêuticas, uma vez que nessas se observam ações realizadas na perspectiva da moralidade, segregação e trabalho forçado, que não inserem na atenção em saúde a noção da redução de danos, e dessa forma não detém possibilidades de responder adequadamente à demanda, escamoteando a questão central dessa realidade, que se refere ao mercado do tráfico de drogas e à condição de vida a que estão submetidas essas pessoas (CFESS, 2013).

Outro eixo importante para discussão faz referência à dimensão territorial, que surge para a política de saúde como mecanismo de aproximação entre os sujeitos e o serviço, a partir do diagnóstico de áreas definidas para atuação e sua dinâmica específica (BRASIL, 2012). O território, nessa medida, é pensado como forma de garantir: à acessibilidade ao serviço; à capacidade de financiamento da política com repasses entre entes federativos, mas com execução municipal e às possibilidades de democratização de sua gestão, e em especial, às condições de controle social e de participação da população usuária nas esferas públicas (PEREIRA, T., 2009, p. 117-118).

Embora seja inegável a inovação dessa concepção tematizada a partir da década de 1990 na orientação de políticas públicas e instrumento de análise da questão social, a crítica aqui exposta incide sobre uma compreensão limitada sobre a territorialização, que na experiência cotidiana acaba por fragmentar o espaço e implicar a negação do acesso aos serviços, ao não compreender as especificidades de cada população, dentre elas a que se encontra em situação de rua.

A exigência de documentos pessoais ou comprovação de residência para definir a base territorial de atuação da atenção básica em saúde contradiz-se com os princípios da universalidade e equidade no atendimento, que deve superar as fronteiras meramente físicas e geográficas (BRASIL, 2012).

Na realidade, acaba ocorrendo que a população em situação de rua, além de enfrentar uma variedade de barreiras para uso dos serviços de saúde, encontre também dificuldade de identificar o local apropriado para procurar assistência: são escassas as equipes de saúde, detentoras de uma lógica de territorialização rígida, que nem sempre “têm as portas abertas a esse grupo social” (BRASIL, 2012, p. 39). Por outro lado, os serviços de urgência, em sua maioria, são distantes e inacessíveis, com processos complicados de registro, que em sua maioria exige identificação – fatores que desencorajam a busca pelo cuidado (BRASIL, 2012).

Tais elementos, trazidos ao debate, perpassam entendimento sobre acesso em suas dimensões: disponibilidade, que diz respeito aos fatores de cobertura como localização geográfica, transporte, horário de funcionamento, tempo pela espera das consultas; viabilidade financeira, que versa sobre custos pela busca do atendimento ou a possibilidade de arcar com esses, bem como seu impacto sobre o orçamento familiar; e aceitabilidade que significa a distância social e cultural entre os usuários e os sistemas de saúde, tendo estreita ligação com a confiança e o diálogo estabelecido entre essas partes (GILSON, 2014).

Destarte, desenvolvidos em menor ou maior grau, são capazes de impedir ou retardar o cuidado em saúde, sendo consenso a necessidade dos serviços não se restringirem a uma concepção meramente biológica ou burocrática, mas incorporar a esse fator, determinações sócio-estruturais inscritas no processo saúde-doença, bem como a subjetividade/individualidade dos sujeitos de direitos demandatários de práticas verdadeiramente equânimes, integrais e universais (BRASIL, 2012).

3. Considerações finais

O capital, de acordo com Mészáros (2002), é um sistema de controle sociometabólico singular na história. Voltado para a própria expansão, não considera os valores da humanidade, comandando, à sua forma, os objetivos a serem seguidos pela sociedade, a partir de uma perspectiva mercantil e individualista.

Nesse contexto, a constituição e desenvolvimento da superpopulação relativa, em que a população de rua situa-se, enquanto fenômeno multideterminado e inerente a esse sistema produtivo, passa a exigir com o passar dos tempos, uma resposta estatal, por meio da criação e implementação de políticas públicas.

Isso porque, como problematizado, o Estado é a instância responsável pela garantia de direitos, bem como da formulação e primazia na condução das políticas sociais, e expressa as relações de classe presentes na sociedade.

Nesse sentido, tem sua ação marcada por conflitos e contradições e se amplia incorporando novas funções, na perspectiva de restringir sua ação meramente coercitiva e autoritária e atender às demandas da “classe-que-vive-do-trabalho” por meio de políticas sociais (COUTINHO, 1989; ANTUNES, 1995).

Inseridas em um contexto neoliberal de crise capitalista, com forte impacto político, econômico e ideológico, essas políticas sociais passam a ser reformuladas em seus objetivos, intensificando ainda mais as problemáticas de cunho social, com o acirramento da contradição capital e trabalho e recrudescimento da questão social.

Para a população de rua, tendo em vista o histórico processo de ausência institucional frente à essa problemática – uma vez que a Política Nacional instituída no Brasil foi lançada apenas em 2011 – apresentam-se em ações ainda descontínuas, setorializadas e desarticuladas, inseridas em um modelo de gestão que vem reiterando a subalternidade da população usuária dos serviços (YAZBEK, 2012).

Sendo assim, a partir da análise aqui realizada foi possível identificar, que no âmbito da saúde, faz-se urgente a análise sobre os rebatimentos sócio-estruturais que determinam o modo de existência da classe trabalhadora nessa sociabilidade. A partir desse entendimento, é possível compreender a necessidade de prestação de um atendimento “em benefício de todos os grupos, ao mesmo tempo oferecendo benefícios especiais aos grupos socialmente desfavorecidos”.

Ou seja, a partir dessa construção, torna-se possível imprimir sentido às formulações realizadas durante a construção do SUS e oportunizar elementos para alteração dos padrões de desigualdade vivenciados nessa sociabilidade (GILSON, 2014, p. 164), amadurecendo estratégias para a alteração em padrões de atendimento e fluxo dos serviços ofertados.

Sob esses aspectos, mesmo que com alguns avanços importantes, a exemplo do Consultório na Rua, a população em situação de rua ainda vivencia grandes desafios para o acesso à saúde, pensado em sua perspectiva ampla e em seus princípios formuladores.

Esses desafios são importantes de serem pensados e exigem um confronto político-ideológico, desde as situações mais cotidianas, às de cunho estrutural: “na disputa pelos sentidos da sociedade, na construção de parâmetros capazes de deter a

privatização do público, e na perspectiva de construir a hegemonia das classes que vivem do trabalho” (YAZBEK, 2012, p. 26).

Outrossim, a luta pela universalidade, equidade e integralidade implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde (CECÍLIO, 2006).

Envolve, portanto, o reconhecimento da “natureza socializada” da assistência à saúde, que demanda, dentre outras questões, a reorientação da sua cultura organizacional; incorporação de mecanismos que busquem a implementação de medidas intersectorializadas⁵, pensando o seu público usuário de forma totalizante; o fortalecimento dos espaços de participação e controle social e a impressão de uma ação profissional qualificada, ética, reflexiva e crítica que tenha por centralidade a capacidade redistributiva da política, a partir dos recursos e benefícios existentes.

Referências

ALMEIDA, M. Saúde da População Negra e Equidade no Sistema único de Saúde. In: In: DUARTE, M. [et al.]. **Política de Saúde Hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais**. 1 ed. Campinas: Papel Social, 2014.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

BUSS, P. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. (Orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

⁵Por intersectorialidade entende-se “a articulación de acciones entre las varias áreas de las políticas públicas y entre varias dimensiones de la vida de cada uno de los sujetos a ser alcanzados. Es una forma de trabajar, de gobernar y de construir políticas públicas que pretende posibilitar la superación de la fragmentación de los conocimientos y de las estructuras sociales para producir efectos más significativos en la vida de la población” (FERRO, 2011). A articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) contido no Decreto, por exemplo, tem por objetivo de qualificar a oferta de serviços. Todavia, essa articulação tem sido um processo complexo com avanços tímidos, ou seja, “não significou, necessariamente, a construção de pontes sólidas entre os setores da saúde e da assistência, na perspectiva do fortalecimento de duas disciplinas no âmbito do chamado tripé da seguridade social no Brasil” (PEREIRA, T., 2009, p. 132).

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. **Sumário Executivo: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília: Meta Instituto de Pesquisa de Opinião, 2008.

BRASIL. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CECÍLIO, L. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

CFESS. **Dia do/a Assistente Social: em defesa da classe trabalhadora!**, In: CFESS Manifesta. Brasília: CFESS, 2013.

COUTINHO, C. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

FERRO, M. **Desafíos de la participación social: alcances y límites de la construcción de la política nacional para la población en situación de calle en Brasil**. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2011.

GILSON, L. Aceitabilidade, Confiança e Equidade. In: MCLNTYRE, Di; MOONEY, Gavin (Orgs). **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

IAMAMOTO, M.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 2007.

MARX, K. **O Capital: Crítica da Economia Política**. 12 ed., l. 1, vol. I e II. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A., 1994.

MARX, K. **A origem do capital: A acumulação primitiva**. São Paulo: Centauro, 2000.

MARINGONI, G. **O Destino dos Negros após a Abolição**. Revista Desafios do Desenvolvimento, Brasília, ano 8, nº 70, 2011. Disponível em <http://desafios.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/desafios070_completa.pdf> Acesso em 16 de agosto de 2015.

MASCARO, A. **Estado e Forma Política**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MCLNTYRE, Di; MOONEY, G. Que Rumo Tomar Agora em Relação à Equidade? In: MCLNTYRE, Di; MOONEY, G. [Orgs). **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo, 2002.

PEREIRA, C. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, I. [et al.]. **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA, C. **Proteção social no capitalismo: crítica a teorias e ideologias conflitantes**. São Paulo: Cortez, 2016.

PEREIRA, T. **Política Nacional de Assistência Social e território: um estudo à luz de David Harvey**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

SANTOS, M.; ALMEIDA, G. Você Realmente Escolheu Atender Gente que nem a Gente ou te Obrigaram? Notas sobre a assistência à saúde a pessoas trans no Sistema Único de Saúde. In: DUARTE, Marco José de Oliveira [et al.]. **Política de Saúde Hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais**. 1 ed. Campinas: Papel Social, 2014.

SANTOS, S. **Questões e desafios da luta por direitos**. In: Revista Inscrita, ano VII, N° X, p. 25-30, nov/2007.

SILVA, M. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

THIEDE, M.; AKWEONGO, P. e MCLNTYRE, Di. Explorando as Dimensões do Acesso. In: MCLNTYRE, Di; MOONEY, Gavin [Orgs). **Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

YAZBEK, M. **Sistema de Proteção Social Brasileiro: modelo, dilemas e desafios**. Brasília: MDS, 2012.