

# **POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS AO ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO INTERSETORIAL: UMA REFLEXÃO SOBRE A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO**

**Laíza Zanatta Crestani**

*Graduada em Direito pela UNIOESTE – Universidade Estadual do Paraná, Campus de Francisco Beltrão/PR (2010). Pós-graduanda em Psicologia Jurídica pela UNOCHAPECÓ, Campus de Chapecó, SC*

[laizazcrestani@hotmail.com](mailto:laizazcrestani@hotmail.com)

**Alexandre Magno Augusto Moreira**

*Orientador. Mestre em Direito Processual Civil e Cidadania pela Universidade Paranaense - UNIPAR. Coordenador do curso de direito da Unipar Francisco Beltrão e docente das disciplinas de direito processual Civil I e II*

[alexandremagno@prof.unipar.br](mailto:alexandremagno@prof.unipar.br)

O presente artigo compreende a elaboração de um resgate bibliográfico acerca das formas de cuidado e ações intersetoriais relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, enfatizando a importância da elaboração de ações conjuntas entre os profissionais da saúde – dentre os quais se enquadra o psicólogo - e da assistência social para a realização de um trabalho eficaz. Para tanto, inicialmente buscou-se construir um aporte teórico acerca do conceito de “morador de rua”, com a pretensão de expor conteúdo exposto em Decretos e Manuais de Intervenção elaborados pelo Governo Federal que tratam da questão. Além disso, buscou-se problematizar o processo de formação deste contingente. Em seguida, para fins de contextualização, um breve apanhado literário sobre a trajetória das políticas públicas fora traçado, e, com base no intercruzamento do conteúdo pesquisado, elaborou-se uma síntese reflexiva com o objetivo de destacar a importância do trabalho do psicólogo em rede sob a problemática proposta.

**Palavras-chave:** população em situação de rua; políticas públicas; ações intersetoriais.

## **1. INTRODUÇÃO**

Basicamente, três objetivos nortearam a realização do presente ensaio bibliográfico:

- a) complementar e ampliar o conhecimento acerca das formas de atendimento direcionadas a população em situação de rua, b) evidenciar como se deu o processo de construção das

políticas públicas que sustentam o trabalho intersectorial, e, por fim, c) refletir sobre a atuação do psicólogo em rede, considerando as especificidades da demanda supracitada.

Para atingir estes objetivos optou-se pelo desenvolvimento de um estudo bibliográfico, o qual se caracteriza pelo estudo de materiais consistentes já elaborados em torno do tema que se pretende analisar, e, por este motivo, pode ser utilizada como ponto de partida para o desenvolvimento de pesquisas empíricas em momento posterior (CERVO, BERVIAN 1996). Esta é a nossa intenção.

No que tange a estrutura do trabalho, ressalta-se que a pesquisa foi sistematicamente dividida em três partes, no intuito de facilitar a apresentação do conteúdo. Contudo, salienta-se que antes de assumir a forma de artigo, o presente estudo foi elaborado na forma de relatório – dada a quantidade de informações a que se teve acesso.

Isso demonstra a complexidade disciplinar que o tema de pesquisa abrange, pois além da consulta de Manuais e Decretos publicados por órgãos governamentais, referências e autores renomados da área da saúde e da assistência social, também exigiu a interpretação de obras sociológicas.

## **2. QUEM É O MORADOR DE RUA?**

Muito já foi dito sobre a constituição histórica do fenômeno que hoje se refere como população em situação de rua, o que torna sua própria definição tema de debates e controvérsias, de acordo com Melo (2011). Porém, o resgate da literatura evidencia alguns pontos que devem ser enaltecidos, como, por exemplo, o fato de a própria evolução do capitalismo possibilitar deslocamentos migratórios em função da busca de emprego e renda (Oliveira; Oliveira, 2009).

Neste contexto, Castel (1998) alerta para a necessidade de um maior rigor sociológico no que tange o estabelecimento de categorias a partir da construção da análise que faz acerca dos chamados grupos “sobrantes”, “excedentes” e “supérfluos”, estes que, devido a vulnerabilidade e precarização de vínculos sociais, são vistos pelo signo de “inutilidade social”. Mas, para o autor, a dimensão econômica não é, pois, o diferenciador essencial - ainda que os riscos de desestabilização recaiam mais fortemente sobre os que são desprovidos de reservas econômicas. Não raramente ouvimos expressões do tipo “dessassistidos” ou “invalidados”, mas, se o são, são em relação a que?

São alternativas de solução para esta problemática o estudo das articulações entre a situação que está e aquela de onde vem, sem “*autonomizar as situações extremas, mas juntar o que se passa nas periferias com o que acontece em direção ao centro*” (Castel, 1998, p. 26). A partir daí, faz-se necessário conhecer as condições de existência da população que é, simultaneamente, agente e vítima de um processo de industrialização. Isso significa que a adoção de uma postura crítica frente às questões sociais tem de estar pautada num olhar abrangente, isto é, tem de buscar solucionar as lacunas da sociedade através de uma análise integrada e não fragmentada.

A última década foi particularmente favorável ao reconhecimento da existência do processo que leva um contingente cada vez maior de pessoas a viver em situação de rua, onde os indivíduos passam por uma situação de extrema vulnerabilidade social, no limite da exclusão social, da desfiliação social e da pobreza, sem ter a garantia do mínimo para sua subsistência, além de uma série de outras questões sociais, políticas e econômicas a que estão sujeitas (Oliveira; Oliveira, 2009).

Conforme Silva *et al* (2000), os contrastes existentes entre a miséria e a abundância são capazes de ilustrar que a evolução econômica do capitalismo fortaleceu mais a desigualdade do que contribuiu para a sua diminuição, já que o seu grande alicerce é integrado pelos trabalhadores, os assalariados, que só dispõem de sua força de trabalho. Conforme salienta Orlandi (2011), é deste modo que a posição-sujeito funciona na atual sociedade: passando a simbolizar as relações de poder segundo um sistema de diferenças, às quais atribuem-se sentidos declinados segundo valores: o melhor, o pior, o rico, o pobre, o superior, o inferior, o que tem a existência garantida e o que não deve existir etc.

Logo, em seu funcionamento contemporâneo a sociedade vai além da exclusão e funciona pela segregação (Orlandi, 2011), e isso justifica a pluralidade de opiniões a seu respeito, que geram um intenso debate sobre formas diferentes de trabalho, demandas, respostas e discussões que abarcam alternativas de resolver a questão (Mello, 2011). Mas o essencial é reconhecer que antes de preocuparmo-nos em rotular os indivíduos, faz-se necessário empreender esforços no sentido de esclarecer os transcurso e nuances que tornam os indivíduos passíveis de classificação – o que implica, segundo Castel (1998), em dispormo-nos a compreender os aspectos que fomentam (ou barram) a passagem do indivíduo de uma zona de classificação para outra, seja da integração para a vulnerabilidade, seja da vulnerabilidade à inexistência social.

Neste contexto, cabe frisar que as considerações de Souza (2004), que caracteriza as pessoas em situação de rua como alvos de injustiça simbólica (decorrente da hostilidade, da invisibilidade social e do desrespeito que a associação de interpretações e estereótipos sociais reproduzem na vida cotidiana ou institucional de indivíduos e grupos). Nas palavras do autor, os moradores de rua são empecilhos para a sociedade, considerados desnecessários economicamente, perigosos socialmente e incômodos politicamente já que seus modos de ser e agir refletem uma desordem social (SOUZA, 2004). Como afirma Bursztyrn (2000), o morador de rua é visto como aquele que precisa ser afastado, rompendo-se, deste modo, os laços de solidariedade e pertencimento. Neste viés, explicita-se que, para além de expressões e conceitos que podem reiterar processos excludentes, a desigualdade concreta vivenciada pela população em situação de rua é o ponto chave, o ‘*x da questão*’ afinal, encarar esta situação somente como estado e não como processo, representa, pois, um modo simples e reducionista de compreensão (Prates *et al*, 2011).

Segundo o que dispõe o Decreto nº 7053, o qual institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, considera-se população em situação de rua como:

um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, utilizando os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Brasil, 2009, p.1).

Observa-se, não obstante, que a exclusão social implica, no caso dos moradores e rua, na privação, falta de recursos. Isto porque, na maioria das vezes, o morador de rua passa a ser classificado como indivíduo cuja condição é a “pior que alguém poderia se encontrar” - por aparentemente não ter vínculos pessoais, sociais e nem mesmo condições mínimas de seguridade; excluídos são todos aqueles que são rejeitados dos nossos valores, mercado materiais, não sendo excluídos somente fisicamente, geograficamente e materialmente, mas também culturalmente (Wanderley, 1997). É a partir daí que podem ser vislumbradas as operações de poder que dinamizam as relações.

Nesta vertente, Blackburn (*apud* Ferreirinha & Raitz, 2010) salienta que a palavra poder, na esfera social - seja pelo indivíduo ou instituição - se define como “*a capacidade de este conseguir algo, quer seja por direito, por controle ou por influência. O poder, a*

*partir daí, se caracteriza pela capacidade de se mobilizar forças econômicas, sociais ou políticas para obter certo resultado, tornando-se presente na atuação de sujeitos sobre sujeitos”* (p. 369). Quão forte é esta acepção que muitas vezes são considerados portadores de direitos os homens que, por sua inserção na sociedade, possuem os requisitos básicos de liberdade e autonomia relacionados à segurança, propriedade e resistência à opressão (Couto, 2004). Logo, temos um Estado de bem-estar ocupacional: parece, hoje, ainda valer a tese de que o homem só possui a sua existência reconhecida enquanto se faz trabalhador aos olhos do capital; aqueles que não estiverem mesmo que circunstancialmente vivendo tal condição perdem a sua visibilidade, pois não existem frente ao mundo do consumo (Sposati, 2002).

A análise do viver na rua, dos equipamentos sociais e de saúde disponíveis indica a necessidade de criação de modelos específicos e ações adequadas de atenção a esse grupo, em que o atendimento torna-se a questão central. Assim, de acordo com Brasil (2005), para os serviços de saúde permanece o desafio de operacionalizar tecnologias voltadas ao atendimento das necessidades desse grupo, e que, integradas a outras demandas, contemplem o conceito de equidade. Por fim, mesmo reconhecendo que o efetivo estabelecimento de uma política articulada entre o poder público e a sociedade civil goze de espaço nos vários debates que tratam do tema, ela permanece como uma grande função a ser desempenhada pelos diferentes agentes sociais (BRASIL, 2005). Salvo estas considerações, faz-se essencial traçar um breve histórico acerca da construção das políticas públicas brasileiras, enfatizando as mudanças oriundas da Constituição Federal de 1988 no que tange o atendimento à população em geral.

### **3. A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL**

O breve resgate histórico evidenciado por Bacelar (2003) nos permite compreender que a principal característica do Estado brasileiro no período situado entre 1920 e 1980, era seu caráter desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário. Não era um Estado de Bem-Estar Social, pois baseava-se em ações voltadas a promoção do desenvolvimento e não à transformação das relações da sociedade. Nessa fase, o grande objetivo governamental era consolidar o processo de industrialização, visando transformar o Brasil em uma potência intermediária no cenário mundial. (Bacelar, 2003).

a tensão *acumulação versus equidade* acaba por pressionar muito mais intensamente o lado mais fraco, o da equidade; desta forma, o projeto de “normalização” das relações sociais, tentado através das políticas sociais, tende a não se concretizar, subordinando os objetivos sociais da política estatal a fins propriamente econômicos. Tal subordinação implica que não se possa falar em “sucesso” da política estatal no relativo às questões sociais, uma vez que esta não promove equidade, nem concorre, de forma efetiva, para modificar a distribuição desigual de bens e serviços entre as diferentes categorias em que se divide a população nacional (Augusto 1989, p.3).

Vê-se aí, que tais tendências favoreceram a consolidação de uma visão ideológica e política: “quanto menos Estado e quanto mais mercado, melhor; quanto mais individualidade e quanto menos coletividade, melhor”. Essa é a perspectiva dos dirigentes mundiais (Bacelar, 2003).

Mais adiante, o movimento de 1964, mais conhecido como a ditadura militar, contava com suportes políticos extremamente fortes. Paraphraseando Polignano (2008), a maioria da burguesia defendia a internalização da economia das finanças brasileiras ao lado de uma preocupação crescente em relação à proliferação do comunismo e do socialismo no mundo que marcou o fortalecimento do poder executivo e o esvaziamento do poder legislativo. Criaram-se os chamados atos institucionais que limitavam as liberdades institucionais, principalmente o de nº 5/1968, sendo estes auxiliados pelas forças policiais e do exército para fazer-se valer (Polignano, 2008).

O autor ressalta, para tanto, que em consequência da repressão e do desmembramento de todas as organizações da população civil, o regime militar ocupou-se de criar uma tecnocracia constituída de profissionais civis retirados do seio da sociedade e colocados sob a tutela do estado para refletir acerca dos dogmas e postulados do novo regime, a nova estrutura e organização dos serviços do Estado.

A sociedade civil participava, porém, na intenção de buscar apoio e sustentação social (por suposto, limitados a determinadas categorias profissionais mais organizadas política e economicamente, surge o sistema previdenciário). Tal alternativa provocou o aumento da base de contribuição, estando este atrelado ao fato do crescimento econômico da década de 1970, do pequeno percentual de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes (Vargas, 2008).

Sendo assim, o sistema médico previdenciário existente não era capaz de atender toda esta população, e o governo teve de decidir onde alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema; foram, então, estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais, pagando-se pelos serviços produzidos. Esta questão foi

se tornando cada vez mais complexa dentro da estrutura do INPS, incitando a criação do INAMPS – Instituto nacional de Assistência Médica da Previdência Social, em 1878 (Polignano, 2008).

Já em meados dos anos 80, a área social sofreu diretamente os reflexos do comportamento negativo da economia nacional, como é o caso da herança de desigualdades sociais, do "milagre econômico brasileiro" (1968-73). Somando-se a este fato o modelo de desenvolvimento econômico posto em prática nos últimos 25 anos, ter-se-á como resultado a dimensão exata do que se convencionou chamar de dívida social, salienta Santagada (2007), e já em 1975 o modelo econômico implantado pela ditadura militar inicia um processo de crise.

Seguindo a linha de raciocínio, o modelo de saúde vigente começa a destacar as suas mazelas, salvo que a população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão passou a conviver com o desemprego, aumento da marginalidade e a mortalidade infantil. Tendo em vista a incapacidade do sistema atender uma população cada vez maior de marginalizados, que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos, o modelo ditatorial entrou em colapso (Vargas, 2008).

Alguns indicadores apontam, ainda, que na década de 1980 observa-se que os setores que mais absorveram mão-de-obra foram a indústria e o comércio, tornando a estratificação social no país mais complexa, já que com a política econômica recessiva de 1981 a 1983, o setor dinâmico da economia (a indústria de transformação) diminuiu seu ritmo de crescimento e o país começou a empobrecer como um todo, e os vários grupos sociais que compõem a sociedade tiveram uma queda significativa na sua renda (Santagada, 2007).

Articulando estas constatações às contribuições de Couto (2004), ressalta-se que o debate sobre a Assistência Social enquanto política pública e como direito social remete a aceção de que os usuários dos serviços estejam na condição de cidadão e não na condição de pedinte. Por muito tempo a questão social no Brasil foi tratada como caso de polícia, onde ser pobre era uma contravenção; seu comportamento era considerado um comportamento fora dos padrões da normalidade. Assim, programas que atendiam a população pobre trabalhavam na perspectiva de adestrá-los, torná-los mais dóceis, mais resignados com aquilo que a sociedade lhe oferecia. O Estado não tinha nenhuma responsabilidade com eles, limitava-se a transferir para a iniciativa privada o atendimento dessa demanda (COUTO, 2004).

A trajetória de luta da sociedade brasileira entre as décadas de 1970/1980 e o desfecho da mobilização pelo movimento “Diretas Já” nos impõe algumas reflexões acerca das contribuições desta experiência política, que, conforme Boaventura Santos citado por Oliveira; Cunha e Marinho (2012) ilustra uma ruptura com as formas organizativas e os estilos políticos hegemônicos, devendo-se destacar que a própria concepção de *nação* começava a ser reconstruída tendo seu foco deslocado para a multidão concentrada nas praças exigindo cidadania.

Neste sentido, em 1985, vivencia-se um contexto em que se exige do setor assistencial práticas inovadoras para demandas postas pela nova realidade nacional de transição democrática, em que um número crescente da população pedia respostas mais ágeis e efetivas da política assistencial que fora, pois, assentado na nova Constituição Federal de 1988 (Lonardoni *et al*, 2008).

Após o final do período ditatorial fez-se necessária, então, a transição do regime a um Estado Democrático de Direito, que se deu por meio da promulgação de uma nova constituição, esta, elaborada de tal forma a garantir os Direitos para que não ocorresse uma arbitrariedade por parte do Estado. Foi deste modo que, considerando o contexto histórico, o legislador originário, prevendo que mudanças poderiam ocorrer, acabou por instituir cláusulas pétreas, em que deixam resguardados os direitos fundamentais e a atuação dos representantes Estatais (Lima, 2014).

De modo semelhante, a trajetória das políticas públicas e sociais no Brasil a partir da “Constituição Cidadã”, na qual conquistas mais importantes foram a reafirmação da Assistência Social através da LOAS, a instituição da PNAS, bem como a criação do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), representa, sem sombra de dúvida, um avanço para as políticas sociais brasileiras, pois dispõe de instrumentos que possibilitam a participação popular no controle das políticas adotadas pelos governos, como é o caso dos Conselhos de gestão e os plebiscitos (Fonseca, *et al* 2009). Certamente, a Constituição Federal de 1988 ofereceu a oportunidade de reflexão e mudança, pois suas diretrizes aludem a um padrão de proteção social afirmativo de direitos.

Ademais, conforme Araujo *et al* (2008), o conteúdo disposto na nova Constituição Brasileira teve o intuito de confirmar os diversos princípios da democracia, tais como o federalismo, o presidencialismo, o multipartidarismo, o bicameralismo e a representação proporcional, realçando o Poder Legislativo e reformando elementos do equilíbrio

institucional por meio de uma redistribuição das competências constitucionais entre os poderes, onde os municípios tornaram-se entes formadores da federação.

A partir daí as Políticas Públicas passam a ser entendidas como um conjunto de normas que orientam práticas e respaldam os direitos dos indivíduos em todos os níveis e setores da sociedade, pois são embasadas nos princípios de igualdade, equidade e universalidade ao invés de prezar por atitudes de caráter puramente higienista. Logo, devem ser vistas como alternativas de resolução para os problemas sociais (Silveira *et al*, 2007).

Neste sentido, ressalta-se que a criação do SUAS ocorreu, segundo Brasil (2008), para superar problemas relacionados à estruturação de serviços sem a devida integração em sistema, segmentação, enfoque na relação convenial entre gestores, ações intersetoriais ineficazes, desenvolvimento de ações sem base de dados qualificada.

Daí é que surge, também, um conjunto de serviços, benefícios e programas ofertados nos equipamentos públicos com o objetivo de prevenir situações de risco através de um trabalho voltado ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Ademais, no que tange a área da Proteção Social (básica e especial), não se pode deixar de mencionar a criação dos CRAS - Centros de Referência em Assistência Social - e dos CREAS - Centros de Referência Especializada em Assistência Social (Brasil, 2008).

De forma geral, pode se dizer que a primeira entidade se caracteriza por ser a porta de entrada dos usuários da política de assistência social para a rede de proteção básica, e referência de encaminhamentos para a segunda entidade citada. Assim, verifica-se que enquanto o CRAS trabalha em prol da prevenção, o CREAS atua diretamente na recuperação, ou seja, a proteção social especial deve afiançar acolhimento e desenvolver atenções socioassistenciais a famílias e indivíduos para possibilitar a reconstrução de vínculos sociais e conquistar maior grau de independência individual e social. Deve ainda, defender a dignidade e os direitos humanos e monitorar a ocorrência dos riscos e do seu agravamento (Brasil, 2011).

Já no campo da saúde, a nova Constituição Federal assegura, em seus artigos 196, 197 e 198 que: a saúde é direito de todos e um dever do Estado, onde todos os serviços devem estar organizados no sentido de promover ações que visem a proteção, cura e reabilitação dos cidadãos brasileiros e preconiza a descentralização político-administrativa. Tem-se, aqui, a proposta do SUS – Sistema Único de Saúde -, que resguarda os conceitos de universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 2003).

Desta proposta surge, ainda, as ESFs (Estratégia de Saúde da Família), que consistem em equipes cujo compromisso é estabelecer vínculo entre a população e os serviços públicos de saúde e assistência social. A atuação destas equipes acontece, principalmente, nas Unidades Básicas de Saúde, nas residências (através da realização de visitas domiciliares), e na mobilização da comunidade (BRASIL, 1990). A proposta de trabalho junto à saúde da família possui uma série de particularidades, pois é na atenção primária que a proximidade com o território se dá de modo mais assíduo. Destarte, salienta Koda (2009, p.72):

No contexto da atenção básica, colocam-se como grandes desafios na construção das ações a questão da promoção da saúde, tomada em dimensão que considere os determinantes sociais do adoecimento e não apenas a intervenção sobre os estilos de vida; e a prevenção de adoecimentos que não se reduza ao discurso sobre o risco e a normatização de condutas.

Tendo em vista a transformação da forma de atendimento, que ao menos, no papel é assegurada, enfatiza-se a importância de se entender o conceito de rede de atendimento, uma vez que nesta o poder se desconcentra. Além disso, como nos mostra Neves (1995), a estruturação de programas em rede relaciona, ao mesmo tempo, entidades organizacionais, interliga colaboradores de uma mesma organização e ainda une organizações e entidades diferenciadas. Somente assim, é possível chegar a programas e projetos que visem trabalhar em função dos usuários dos serviços sociais, evitando a sobreposição de ações e, acima de tudo, vislumbrar o significativo aumento de recursos direcionados em prol da qualidade de vida e dignidade humana.

Por fim, não se pode deixar de notar que embora tenhamos avançado no que concerne o atendimento e cuidado à saúde da população em geral, existem muitos percalços a serem superados, muitos obstáculos a serem vencidos. Como principal exemplo destes, temos a ética profissional e o comprometimento das equipes atuantes nos serviços públicos.

#### **4. O CUIDADO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: OS DESAFIOS DO TRABALHO EM REDE NA CONTEMPORANEIDADE**

Tem-se a ideia de que a rua é um local de passagem, não de moradia. Porém, de certa forma ela também acolhe, afinal, como é a casa da pessoa que ali se encontra? Qual o vínculo fragilizado que a fez procurar na rua a solução para os seus problemas? Isso demonstra a necessidade da rede de proteção social como um todo entender que a visibilidade do morador de rua se dá através do acesso aos serviços públicos. Ficar em situação de rua pode ser

considerado por muitos como sinônimo de vulnerabilidade, mas é igualmente essencial que exista um plano individual de atendimento, e não um reboque de pessoas (Brasil, 2005).

De acordo com Sposati (2002) é de responsabilidade da Política Pública da Assistência Social ofertar um conjunto de segurança à população-alvo, entre as quais a autora destaca a segurança de convivência. Observando-se a condição de convivência e as estratégias desenvolvidas pelas pessoas em situação de rua para partilhar do espaço social, vê-se que resta um grande trajeto a ser percorrido, pois, o que se percebe é a existência de diferentes instituições e serviços, cada qual com a sua perspectiva e dimensões próprias de trabalho (Sposati, 2002).

Historicamente, é possível evidenciar diferentes formas de articulação para a prática assistencial, a qual se encontrou mais comumente associada à noção de caridade e de ajuda aos pobres. A necessidade de racionalizar a assistência foi crescendo na medida em que o desenvolvimento industrial foi revelando a precariedade nas condições de vida das famílias de trabalhadores (Pfeifer, 2009).

Diversos fatores contribuíram para a construção da ação assistencial como prática institucionalizada pelo Estado, entre eles a luta política dos movimentos de trabalhadores e a necessidade de controle sobre a questão social por parte da burguesia, assim como o imperativo econômico de reprodução da força de trabalho (Pfeifer, 2009).

A Constituição Federal de 1988 por certo trouxe inovações que encontram respaldo legal na LOAS, bem como na Política Nacional de Assistência Social e na Norma Operacional Básica/SUAS. Porém, tais mudanças precisam ser debatidas, incorporadas e assumidas por todos os envolvidos no processo de gestão pública (LONARDONI *et al*, 2008).

Para tanto, faz-se necessária a elaboração de diagnósticos, estudos, e estratégias de intervenção que, de fato, abarquem a realidade do indivíduo. Há, pois, necessidade de voltar a atenção para a causa e não para o sintoma da questão social. Muitas vezes, a vinculação se torna a melhor medicação; os vínculos são inclusivos, importantes não tanto em programas e projetos, mas no existir para o outro (BRASIL, 2012).

Neste contexto, os profissionais, primeiramente, tem o dever de incitar o cuidado do indivíduo para com ele próprio, olhando para a totalidade de sua existência através do investimento mais no acompanhamento dos mesmos (BRASIL, 2012). Portanto, o levantamento de dados estatísticos e à realização de um estudo social que assegure fontes de dados para a aplicação de intervenções eficazes, como sugere Januzzi (2006) estes são

insumos básicos e fundamentais para a caracterização empírica do contexto vigente que possibilitam a compreensão do nível de gravidade de um problema.

Conforme destacado anteriormente, as visões estigmatizantes da sociedade civil, e também do Estado, sobre a população em situação de rua costumavam restringir-se às estratégias de caráter assistencialista e higienistas. Tais 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 separadas (BRASIL, 2008).

Se há necessidade de reformular a dinâmica de trabalho, faz-se mais urgente ainda uma transformação de perspectiva, isto é, faz-se fundamental transformar o modo de olhar para os usuários. Dantas (2007) frisa, neste mesmo viés, que o indivíduo em situação de rua, ignorado ou muitas vezes perseguido, possui baixo poder de vocalização e representação política praticamente nula. Daí se faz tão importante estabelecer pontes entre a população em situação de rua e os serviços públicos responsáveis pela proteção social básica e especial. É através deste contato, deste vínculo criado, que a pessoa deixa de ser invisível. Além disso, é importante considerar que há quem vá viver na rua e, por isso, adoça, e há quem adoça e, por isso, vá viver na rua. Um morador pobre e doente de área rural pode acorrer a um grande centro urbano porque apenas ali há equipamentos de saúde dos quais necessita (BRASIL, 2012).

A criação de vínculos, respeitando a autonomia, direito de escolha e evitando juízos morais, é um desafio difícil, mas possível para trabalhadores de saúde. Para tanto, o ponto de partida é o treinamento do olhar profissional que deve enxergar as pessoas na calçada como portadoras dos direitos de um cidadão brasileiro, nada mais e nada menos (BRASIL, 2012).

Conforme o conteúdo disposto no Decreto nº7053/2009, a política nacional destinada ao atendimento da população em situação de rua deve ser implementada de forma descentralizada e articulada entre a União e os demais entes federativos que a ela aderirem por meio de um instrumento de adesão que defina as atribuições e as responsabilidades a serem compartilhadas.

Em relação à população em situação de rua, vê-se que a política nacional passa a fazer parte do esforço de estabelecer diretrizes e rumos que possibilitem a (re)integração destas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, bem como o acesso pleno aos direitos garantidos, o acesso a oportunidades de desenvolvimento social considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência nas ruas (Neves, 1995).

Assim, frente a multiplicidade de indivíduos que compõem as ações intrincadas no atendimento da população em situação de rua, é de grande importância perceber as intersecções entre essas medidas e o Estatuto do Idoso, o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Política Nacional da Igualdade Racial, o Plano Nacional de Políticas para Mulheres, dentre outros (Brasil, 2008).

Por conseguinte, o contexto atual se apresenta como um grande desafio para profissionais de diferentes áreas envolvidos com o trabalho social, especialmente, para aqueles cujo compromisso político vincula-se a garantia e a afirmação dos direitos sociais enquanto elemento indispensável para a materialização da cidadania (Pfeifer, 2009).

Nota-se, então, que a presente política se estrutura em dois eixos principais, de acordo com Neves (1995): o primeiro é relativo à verticalidade federativa, conjuga as ações municipais, estaduais e federais que devem trabalhar em complementariedade para atender às demandas da população; e o segundo diz respeito à interdisciplinaridade e intersetorialidade na atuação para a população em situação de rua, sendo imprescindível o trabalho em conjunto com a sociedade (Neves, 1995).

Especificamente sobre a ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde – como a responsabilização e a produção de vínculo terapêutico –, faz-se imprescindível a instituição de novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços (Brasil, 2004). É muito comum, quando não se tem a equipe de referência, que o usuário seja responsável de todos os profissionais e, ao mesmo tempo, de nenhum: cada um se preocupa com a “sua” parte (que é cada vez menor com a especialização e burocratização) e ninguém se preocupa com a “costura” das diversas intervenções num projeto terapêutico coerente e negociado com o usuário e na equipe (Silveira *et al* 2007).

Nas situações em que os direitos do indivíduo e da família já foram violados, exigem-se uma estrutura técnica e operacional maior do que os classificados como proteção social básica. Tal medida, explica Dantas (2007), conta com atendimento individualizado e monitoramento sistemático, requerendo maior estrutura operacional para a sua realização. Nestes casos, a proteção deve ser integral, incluindo moradia, alimentação e trabalho para as pessoas que estão em situação de ameaça, necessitando deixar o núcleo familiar ou comunitário (Dantas, 2007).

Observa-se que a própria Política Nacional articula uma agenda mínima de ações, cuja implementação parece ser um desafio para toda a sociedade brasileira, desde os gestores

governamentais até à sociedade civil, devendo as mesmas serem detalhadas em programas, planos, projetos dos Ministérios e órgãos, contendo estratégias e mecanismos distintos de operacionalização.

Neste sentido, especificadamente citam-se algumas propostas em destaque, a capacitação dos operadores de direito do Estado (especialmente da força policial) quanto aos direitos humanos, a oferta de assistência jurídica e disponibilização de mecanismos de acesso a direitos, a promoção de capacitação, qualificação e requalificação profissional da população em situação de rua, o incentivo a ações que visem a inclusão produtiva e reserva de cotas de trabalho para a população em situação de rua, a promoção de oficinas sobre economia solidária, centradas no fomento e na capacitação, a partir de recortes regionais, com o apoio do Ministério do Trabalho e Emprego, a criação de alternativas de moradia para a população em situação de rua, o desenvolvimento e implementação de uma política de Locação Social, articulada a outros ministérios e a governos municipais e estaduais, a incorporação de projetos de geração de renda e associativismo, dentre outros (Brasil, 2008).

Por fim, enfatiza-se que o comprometimento dos serviços e ações de saúde tem de trabalhar em prol de permitir que os sujeitos – usuários e profissionais de saúde –, sejam protagonistas na organização do processo produtivo em saúde. Exigir que o ser humano seja reconhecido enquanto tal não é querer demais. É simplesmente e somente assim que se produz saúde.

## **5. O PAPEL DO PSICÓLOGO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

Como se sabe, a ruptura dos vínculos familiares constitui causa preponderante da ocupação das ruas, portanto restabelecer esses laços ou criar novos através de uma vida social coletiva é fundamental (Brasil, 2005). Conforme visto no item anterior, a presença de moradores de rua com problemas de saúde requer ações intersetoriais entre as Secretarias de Assistência Social, Direitos Humanos e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), visando melhorar o estado de saúde dessa parcela da população (inibindo a transmissibilidade de doenças tais como tuberculose, hanseníase, doenças dermatológicas e doenças sexualmente transmissíveis), e também, prevenir o sofrimento psíquico destes indivíduos (Vieira, 1994).

Neste sentido, salienta-se que a atuação do psicólogo nas políticas públicas deve ocorrer objetivando promover a autoestima do usuário e da equipe de trabalho, quer seja dentro de um modelo de saúde pública ou particular. Cabe ao psicólogo acompanhar desde

a recepção dos pacientes, a exposição sobre seu histórico e a percepção do mesmo no que tange aos métodos de intervenção empregados, atuando de forma pontual para que as angustias encontrem um espaço de simbolização acolhedor. Somente assim o indivíduo encontrará espaço para expor suas dúvidas, pensar e falar sobre si e sobre tudo que o cerca; trazer seus verdadeiros anseios, medos e credos em relação aos obstáculos que encontra no dia-a-dia.

Uma alternativa de abordagem social que o profissional da psicologia pode adotar para estabelecer e manter vínculo com a população em situação de rua é "O Consultório de Rua". Segundo o conteúdo da Cartilha intitulada "Atuação profissional de psicólogas e psicólogos em políticas para a população em situação de rua", realizada pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop), unidade do Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais (CRP-MG), esta é uma modalidade de atendimento diferenciado, que tem o intuito de contatar usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e que estão distantes da rede de proteção social. Estes consultórios, "sem teto e sem parede", configuram-se enquanto:

Dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seu próprio contexto de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania [...] Uma das atividades ressaltadas pelos profissionais que atuam no Consultório de Rua diz respeito à identificação de cenas de uso de drogas para, a partir disso, construir estratégias de intervenção que objetivem fornecer aos usuários acolhimento diferenciado, ou seja, um acolhimento que não tenha característica policial ou higienista. Ao contrário disso, e para além de uma abordagem de cunho pedagógico-moralista, o que os profissionais buscam é fornecer um ambiente no qual o usuário sinta-se respeitado e reconhecido enquanto sujeito para criar um movimento de aproximação entre essa população e os serviços de saúde (CRP-MG, 2015, p.30).

Destarte, pode-se concluir que a forma segundo a qual o psicólogo direciona o seu olhar e se dispõe a atender o indivíduo em situação de rua tende a repercutir sob o processo de acompanhamento posterior, efetuado pela equipe técnica dos setores que compõem a rede. Isso significa dizer que a atuação do psicólogo, neste contexto, pode tanto contribuir para a perpetuação de uma forma de atendimento viciada num viés arcaico que atribui a vulnerabilidade uma conotação criminosa, como influenciar de modo positivo na instauração de mudanças significativas, propondo novas ações, projetos e programas de intervenção adequados ao contexto e necessidades locais.

Gerar autonomia é justamente isso: dispor-se a conhecer as dificuldades e tentar contribuir para amenizá-las, e, não, tentar enquadrar o sujeito num conjunto de princípios normativos que não fazem sentido para ele, impondo-lhes obstáculos que os impedem de reconhecer o próprio potencial. Noutras palavras, o rompimento da lógica assistencialista que infelizmente ainda resiste é uma luta cotidiana.

Retomando, além de um trabalho individualizado com o morador de rua, podem ser pensadas estratégias em grupo, tendo em vista que, conforme anteriormente enfatizado, muitas vezes criam-se vínculos de amizade entre os próprios moradores. Valorizar e fortalecer estes vínculos que se criam durante o enfrentamento de dificuldades através de ações terapêuticas pode ser ricamente produtivo. Quiçá, desbravador.

Além disso, buscar inserir os indivíduos em situação de rua em programas de redução de danos (tais quais aqueles articulados nos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial) ou que envolvam produção artística (semelhante as oficinas fornecidas à população através do CRAS – Centro de Referência em Assistência Social), readequando-as a realidade dos indivíduos (de modo congênere ao Consultório de Rua, por exemplo), podem produzir resultados positivos.

O trabalho das equipes técnicas que atuam nos setores integrantes do SUS e o do SUAS deve abarcar uma etapa de planejamento que esteja ancorada em estudos de mapeamento territorial capazes de fornecer informações qualitativas e quantitativas a respeito da demanda que os indivíduos em situação de rua apresentam, levando em considerações aspectos culturais, econômicos, políticos e sociais típicos das localidades. Isso é imprescindível para o delineamento de estratégias de proteção e prevenção, as quais também devem abranger a realidade de abrigos e de outras instituições de acolhimento – como é o caso dos Albergues.

Além disso, cumprindo sua função social, o psicólogo pode atuar no sentido de estabelecer contato com Associações e ONGS que acolhem indivíduos em vulnerabilidade social, buscando estabelecer, junto a estas instituições um canal de comunicação com a sociedade em geral.

Assim, ações de cunho educativo e/ou solidário podem ser pensadas e apresentadas em âmbito escolar e empresarial, por exemplo, de modo a promover a conscientização e integração da população. A promoção da saúde é um campo teórico prático-político que, segundo Campos, Barros & Castro (2004), se faz presente em todos os níveis de complexidade, desde a gestão até a atenção. Se a intersectorialidade busca superar a

fragmentação das políticas de maneira a constituir novas formas de planejamento e execução na prestação de serviços, para que ela realmente se faça valer é fundamental que os profissionais estejam comprometidos com a instauração de “uma mudança de valores, de maneira a possibilitar que os atores organizacionais e os grupos populacionais sejam sujeitos com capacidade de percepção de seus problemas de forma integrada, identificando soluções apropriadas à sua realidade local” (Junqueira, 2004, p.33).

## 6. CONCLUSÃO

A partir da elaboração deste estudo foi possível observar que as políticas públicas destinadas ao atendimento da população em situação de rua sofreram transformações ao longo do tempo. Entretanto, restam muitos desafios a serem superados, pois embora avanços possam ser verificados avanços significativos a nível constitucional, existem atrasos consideráveis, decorrente do descaso que contamina a esfera prática.

Frisa-se a urgência da implementação de ações que promovam a articulação dos setores para realização de um trabalho responsável e eficiente. Muitas vezes um trabalho de prevenção bem feito fomenta o rompimento de ciclos de violência, extinguindo a sua incidência no judiciário. Daí a importância do trabalho do psicólogo, cujo âmbito de intervenção, em rede, deve transcender a clínica individualizada em prol da promoção do potencial integrativo (algo que traduzido nas palavras de Edgar Morin (2001) significa interligar o todo e as partes, o uni e o múltiplo, para que cada um e todos tomem ciência de sua contribuição para a (trans)formação do social.

### **PUBLIC POLICIES INTENDED FOR THE ATTENDANCE OF THE POPULATION IN STREET SITUATION AND THE IMPORTANCE OF INTERSETORIAL WORK: A REFLECTION ON THE PSYCHOLOGIST'S ACTION**

**ABSTRACT:** The present article comprises the elaboration of a bibliographic rescue about the forms of care and intersectoral actions related to the care of the homeless population, emphasizing the importance of the elaboration of joint actions among the health professionals - among which is the psychologist - and social assistance to carry out effective work. To this end, we initially sought to build a theoretical contribution about the concept of “homeless person”, with the intention of exposing content exposed in Decrees and Intervention Manuals prepared by the Federal Government that deal with the issue. In addition, we sought to problematize the formation process of this contingent. Then, for

purposes of contextualization, a brief literary overview of the trajectory of public policies was drawn up, and, based on the intersection of the researched content, a reflective synthesis was elaborated in order to highlight the importance of the work of the network psychologist under the problematic proposal.

**Keywords:** homeless population; public policy; intersectoral actions.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. C. de; JUNIOR, J. P. de S.; PEREIRA, L. S.; RODRIGUES, R. J. P. (2008) **Ensaio sobre impactos da Constituição Federal de 1988 na sociedade Brasileira**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara. Disponível em: <[file:///D:/Downloads/ensaios\\_impactos\\_volume1.pdf](file:///D:/Downloads/ensaios_impactos_volume1.pdf)> Acesso em 14 Dez. 2016.

AUGUSTO, M. H. O. (1989) Políticas públicas, políticas sociais e política de saúde: algumas questões para reflexão e debate. **Rev. Sociol. USP**, São Paulo.

BACELAR, T. (2003) *As políticas públicas no Brasil: heranças e desafios*. In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos (Org). **Políticas Públicas e Gestão Local**: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro: FASE. Disponível em: <[franciscoqueiroz.com.br/portal/phocadownload/gestao/taniabacelar.pdf](http://franciscoqueiroz.com.br/portal/phocadownload/gestao/taniabacelar.pdf)> Acesso em: 24 de Dez. 2016.

BRASIL(1968). **Ato institucional nº 5**, de 13 de dezembro de 1968. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/AIT/ait-05-68.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/AIT/ait-05-68.htm)>. Acesso em 08 Dez, 2016.

BRASIL(2009). Comissão Intergestores Tripartite. **Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no Âmbito do Sistema Único De Assistência Social – SUAS**. Brasília

BRASIL(2005). **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, Secretaria Especial de Direitos Humanos, Ministério da Educação.

BRASIL(2009). Decreto n. 7053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm). Acesso em: 22 Jan, 2017.

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

BRASIL (2004) Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília.

BRASIL (1990) Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, DF. Disponível em: <[file:///D:/Downloads/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/abc_do_sus_doutrinas_e_principios%20(1).pdf)> Acesso em: 10 de Out, 2016.

BRASIL (2003). Ministério da Saúde. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde** / Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor – 2. ed., 3.<sup>a</sup> reimpr. – Brasília: IDEC. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/sus\\_plano\\_saude.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/sus_plano_saude.pdf)>. Acesso em: 12 de Nov. 2016.

BRASIL (2011). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas**: Centro de Referência Especializada de Assistência Social- CREAS. Brasília, DF.

BRASIL(2008). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2004-2007**: exercício 2008 - ano base 2007. Brasília: MP. Disponível em: <[http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/plano\\_plurianual/avaliacao\\_PPA/relatorio\\_2008/08\\_PPA\\_Aval\\_cad17\\_MDS.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/plano_plurianual/avaliacao_PPA/relatorio_2008/08_PPA_Aval_cad17_MDS.pdf)>. Acesso em: 20 de Dez. 2016.

BURSZTYN, M. (2000). **No meio da rua: nômades, excluídos, viradores**. Rio de Janeiro: Garamond.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. de; CASTRO, A. M. de (2004) Avaliação de Política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>>. Acesso em: 10 de Ago, 2016.

CASTEL, R. (1998) **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes.

COUTO, B. R. (2004) **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez

DANTAS, M. (2007) **Construção de políticas públicas para população em situação de rua no município do Rio de Janeiro: limites, avanços e desafios**. Dissertação (Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <[http://www.rederua.org.br/textos\\_moradores/construcao\\_de\\_politicas.pdf](http://www.rederua.org.br/textos_moradores/construcao_de_politicas.pdf)> Acesso em 24 Nov, 2016.

FERREIRINHA, I. M. N.; RAITZ, T. R. (2010) As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **RAP**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v44n2/08.pdf>> Acesso em 12 Abr, 2017.

FONSECA, K. H. C.; SANTOS, I. C. dos; TADEUCCI, M. de S. R.; CARNIELLO, M. F.; KAMIMURA, Q. P. (2013). A trajetória das políticas sociais e a assistência social no Brasil: avanços, espaços e conquistas. Disponível em: <<http://psicologado.com/atuacao/psicologia-clinica/uma-abordagem-psicologica-sobre-o-medo>>. Acesso em: 10 de Nov. 2016.

JANUZZI, P. de M. (2006) **Indicadores sociais no Brasil**. 3 ed. Campinas SP: Editora Alínea.

JUNIOR, N. C.; NOGUEIRA, E. A.; LANFERINI, G. M.; ALI, D. A.; MARTINELI, M. (1998). Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v7n2/05.pdf>>. Acesso em: 21 de Fev. 2017.

JUNQUEIRA, L. A. P. (2004). A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saude soc**. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100004>> Acesso em 10 Abr, 2017.

KODA, M. Y. (2009) Roda de conversa. In: CFP. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP.

LIMA, F. A. de O. (2014) **A Constituição Brasileira**: da Constituição Imperial à Constituição Cidadã. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=6352](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=6352)>. Acesso em: 12 de Fev. 2017.

LONARDONI, E.; GIMENES, M. L. dos S.; NOZABIELLI, S. R. (2006). **O processo de afirmação da assistência social como política social**. Disponível em: [http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v8n2\\_sonia.htm](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v8n2_sonia.htm). Acesso em: 12 de Fev. 2017.

MELO, T. H. de A. G. (2011) **A rua e a sociedade: articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua**. Curitiba.

MORIN, E. (2001). **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil

NEVES, D. P.(1995) A miséria em espetáculo. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez Editora.

NUNAN, B. A. (2009). Nasf: concepções e desafios. In: CFP. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP.

OLIVEIRA, C. e M. (2012) Diretas Já: um movimento social híbrido. **Revista Debates**, Porto Alegre. v.6, n.3.

OLIVEIRA, H. dos S. M.; OLIVEIRA, M. H. (2009). **A população de rua e as relações capitalistas**. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/viewFile/894/870>>. Acesso em: 20 de Jan. 2017.

ORLANDI, E. P. (2011). **A casa e a rua**: uma relação política e social. Educ. Real., Porto Alegre. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/edu\\_realidade](http://www.ufrgs.br/edu_realidade)>. Acesso em: 12 de Dez. 2016.

PFEIFER, M. (2009). Notas Acerca das Redes de Políticas Sociais. In: **1º Simpósio sobre Famílias: Políticas de Atendimento**, 2009, Tubarão. Anais do 1º Simpósio sobre Famílias: Políticas de Atendimento. Tubarão: UNISUL.

POLIGNANO, M. V. (2008) **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 18 de Ago, 2016.

PRATES, J. C.; PRATES, F. C.; MACHADO, S. (2011). **População em situação de rua**: os processos de exclusão e inclusão vivenciados por esse segmento. Temporalis, Brasília (DF), n.22.

SANTAGADA, S. (1990) A situação social do brasil. **Indicadores Econômicos**. v.17, n.4. Disponível em:<<http://revistas.fee.tche.br/index.php/indicadores/issue/view/12>> Acesso em: 29 de Nov.2016.

SILVA, A. C. (2000) **Rua / a casa que a sociedade não reconhece**. Monografia (Graduação) - Associação Educacional Toledo, Presidente Prudente.

SILVEIRA, A. F. et al (2007). **Caderno de psicologia e políticas públicas**. Curitiba :Gráfica e Editora Unificado.

SOUZA, J. Modernização periférica e naturalização da desigualdade: o caso brasileiro. In: SCALON, M.C. (2004). **Imagens da desigualdade**. Belo Horizonte: EdUFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ.

SPOSATI, A. de O. (2002). **Os direitos dos (des)assistidos sociais**. 4 ed. São Paulo: Cortez.

VARGAS, J. D. de. (2008) **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro.

VIEIRA, M. da C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. (1994). **População de rua: quem é? Como vive? Como é vista?** São Paulo: Hucitec.

VIEIRA, M. A. C. (1994) In: ROSA, C. M. M. **População de rua**: Brasil e Canadá. São Paulo: Hucitec.

WANDERLEY, M.B. (1997) Refletindo sobre a noção de exclusão. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo. v.55.