ESCOLA DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

GISELE SELISTRE RAMON

(DES)PROTEÇÃO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
AS FACES PERVERSAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E AS IMPLICAÇÕES PARA TRABALHADORES E USUÁRIOS.

Porto Alegre
2025

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*

Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

GISELE SELISTRE RAMON

(DES)PROTEÇÃO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
AS FACES PERVERSAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E AS IMPLICAÇÕES PARA TRABALHADORES E USUÁRIOS

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-graduação da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Isabel Barros Bellini

PORTO ALEGRE
2025

Ficha Catalográfica

R175d Ramon, Gisele Selistre

(Des)Proteção Social e Saúde Mental : as faces perversas das políticas públicas e as implicações para os trabalhadores e usuários / Gisele Selistre Ramon. – 2025.

170 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini.

1. Proteção Social. 2. Desproteção Social. 3. Saúde Mental. 4. Assistência Social. 5. Processos de rualização. I. Bellini, Maria Isabel Barros. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Clarissa Jesinska Selbach CRB-10/2051

GISELE SELISTRE RAMON

(DES)PROTEÇÃO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
AS FACES PERVERSAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E AS IMPLICAÇÕES PARA TRABALHADORES E USUÁRIOS

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-graduação da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Isabel Barros Bellini

PORTO ALEGRE
2025

GISELE SELISTRE RAMON

(DES)PROTEÇÃO SOCIAL E SAÚDE MENTAL:
AS FACES PERVERSAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E AS IMPLICAÇÕES PARA TRABALHADORES E USUÁRIOS

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-graduação da Escola de Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria Isabel Barros Bellini

Aprovado em ____ de _____ de 2025.

BANCA EXAMINADORA:

_____
Prof. Dra. Jane Cruz Prates - PUCRS

_____
Profa. Dra. Claudia Weyne Cruz – ESP-RS

_____
Prof. Dra. Lidiany de Lima Cavalcante – UFAM

_____
Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini – PUCRS

PORTO ALEGRE
2025

Dedicatória(s)

Dedico esta Tese para minha mãe, Elizabeth, e para o meu pai, Renê. Quando eu era criança, vocês me deram um atlas geográfico com todos os mapas do mundo e, sem saber e sem pronunciar nenhuma palavra, me disseram que eu chegaria aonde eu quisesse.

Dedico esta Tese para os Trabalhadores / Trabalhadoras e Usuários / Usuárias das Políticas de Assistência Social e Saúde Mental. Todos os dias nós seguimos insistindo.

Olhos nos olhos sem dar sermão

Nada na boca e no coração

Seus amigos são um cachimbo e um cão

Casa de Papelão

Olhos nos olhos, preste atenção

Olha a ocupação

Só ficou você, só restou você

Uivo louco, sangue em choro

Pra agradar opressão

Não de foice ou faca, esquartejada

A alma amarga amassa a lata

Estoura pulmão

Toda pedra acaba, toda brisa passa

Toda morte chega e laça

São pra mais de um milhão

Prédios vão se erguer e o glamour vai colher

Corpos na multidão

Na minha mente várias portas

E em cada porta uma comporta

Que se retrai e às vezes se desloca

E quantos segredos não foram guardados nessa maloca?

Flutuar no céu poluído da cidade e beber toda sua mentira

Esperança míngua, torneira sem água

Moeda? É religião que alicia

Vamos cantar pra nossos mortos

Vamos chorar pelos que ficam

Orar por melhores dias

E se humilhar por um novo abrigo [...]

Criolo – Casa de Papelão.

AGRADECIMENTOS

Caminhar os caminhos da vida me fez compreender que seria impossível a concretização de qualquer conquista sem a presença das pessoas que vamos encontrando ao longo da jornada. Carrego a certeza de que os bons vínculos que estabelecemos devem ser preservados e valorizados. Aqui, deixo meus sinceros agradecimentos a pessoas especiais que encontrei, reencontrei e ressignifiquei no processo de escrita da tese.

Agradeço à minha mãe, **Elizabeth Selistre Ramon**, e ao meu pai, **Renê da Silva Ramon**, pelo amor, pelo apoio e pelo incentivo para a concretização deste Doutorado ("vai lá e te matricula, depois a gente vê"). Agradeço por, ao longo de toda a vida, sempre me incentivarem ao estudo e à leitura, por me oportunizarem o contato com livros desde que me entendo por gente e por acreditarem no poder transformador das políticas públicas, em especial, da educação. Ainda nos agradecimentos da família, agradeço à **Linda**, meu amor canino, por toda a alegria e o suporte emocional que só os cães podem propiciar.

Agradeço ao meu namorado, **Diogo Melloni Lucchesi**, pelo afeto e cuidado, pelas palavras de incentivo e pela compreensão nos momentos de ausência. Agradeço por me ajudar a "fazer pausas" nos longos finais de semana, férias e horas livres dedicadas à escrita. Por voar quase 4 mil km para me encontrar, pelas viagens e pelos sonhos sonhados junto. Por "simplesmente" — mas não tão simples assim — estar do meu lado me apoiando. Obrigada por me propiciar as "condições ideais para o amor". Te amo.

Por quantos locais de trabalho uma assistente social consegue passar durante o período de escrita de uma tese? Enquanto trabalhadora-pesquisadora, estive em quatro diferentes espaços de trabalho, e a semelhança entre todos é que encontrei palavras e ações de incentivo que contribuíram para concretização deste Doutorado. **Aos colegas trabalhadores da política de assistência social**, agradeço pelo apoio na realização desta tese e pela compreensão nos momentos de ausência. Gratidão aos/às colegas do CREAS Eixo Baltazar/Nordeste; em especial, Denise, Nádia, Sandra, Daiane, Gabriela e Eliana. Agradeço aos colegas da Proteção Social Especial (PSE/FASC); em especial, Helena, Cristiane, Juliana, Ana, Patrícia, Franke, Danisia, Ângela e Maria Fernanda. Agradeço aos trabalhadores do CREAS Centro/Ilhas/Humaitá/Navegantes, especialmente Adriana, Alex, Eduardo, Evelyn,

Dylan, Lucélia, Leonilda, Ana, Ana P., Louise, Vanessa e Anelise. Por fim, agradeço às colegas Raquel, Daiane, Joyce, Caroline e Kátia, da Coordenação de Gestão de Benefícios e Cadastro Único (CGBCAD/FASC).

Às amigas e camaradas, algumas das quais o trabalho me propiciou, agradeço pelo apoio e pelo incentivo ao longo da realização deste Doutorado. Obrigada, Carine, Dóris, Nicole, Helena, Cristiane, Ana, Juliana, Aline, Sibeli, Débora, Daiane, Raquel, Fernanda, Jaqueline, Daiane e Gabriela.

Agradeço aos **professores** do **Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)** pela oportunidade ímpar de realizar meu Doutorado com profissionais que são exemplo e inspiração para a docência. Levo um pouquinho de cada um de vocês em mim. Agradeço, sobretudo, à professora **Jane Cruz Prates**, por sempre me acolher com tanta sabedoria, afeto, bom humor e por ser essa referência em Teoria Marxiana e Método em Marx.

Agradeço, especialmente, à minha orientadora, professora **Maria Isabel Barros Bellini**, pelo apoio incondicional na concretização desta tese. Belinha, te agradeço pela tua sensibilidade e pela tua forma de ensinar, que é afetiva e cuidadosa. Por compreender meus limites, meus medos e incentivar minhas potencialidades. Obrigada por repetirmos essa parceria que iniciou no mestrado e que me ensinou a "esperançar", conforme Freire, e possibilitou "lindos voos" (literalmente!). Sempre levo comigo carinho e apreço pelo vínculo que construímos.

Agradeço aos **colegas do PPGSS da PUCRS**, do mestrado e do doutorado, pelas trocas de conhecimento, pelas discussões, pelos debates em sala de aula e pelos cafés do intervalo. Agradeço especialmente à amiga e colega **Fernanda Isadora de Oliveira Nascimento**, pelo auxílio imprescindível no processo de coleta de dados junto aos grupos focais desta pesquisa.

Agradeço aos/às integrantes do **Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Trabalho, Saúde e Intersetorialidade (NETSI)**, Barbara, Carin, Nadianna, Fernanda, Lauren, Maira e Carlos, pelo compartilhamento dos mais diversos saberes e pelas trocas constantes. Agradeço especialmente à Lauren e à Fernanda, pelas contribuições no processo de análise de dados.

Agradeço aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal do Pará (UFPA)**, especialmente à professora **Adriana de Azevedo Mathis**, pela acolhida e pela oportunidade de cursar

um semestre do doutorado na UFPA por meio do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica na Amazônia (PROCAD Amazônia), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Agradeço também à camarada **Nicole Fernandes**, que dividiu comigo essa vivência inesquecível em Belém do Pará (com direito a Círio de Nazaré!). Para além dos conhecimentos acadêmicos e profissionais adquiridos, essa experiência me possibilitou evolução pessoal e a descoberta de um outro Brasil.

Agradeço às professoras **Jane Cruz Prates**, **Lidiany de Lima Cavalcante** e **Claudia Weyne Cruz** pelo pronto aceite para compor a avaliação deste trabalho e pelas valiosas contribuições e apontamentos na banca de qualificação. Todas me inspiram com a sensibilidade e a generosidade que possuem para compartilhar conhecimento.

Por fim, mas não menos importante, agradeço **aos Trabalhadores da Política de Assistência Social e aos Usuários das Políticas de Assistência Social e Saúde Mental** que se disponibilizaram a participar dos grupos focais que compõem esta pesquisa. As contribuições de vocês foram inestimáveis para a realização deste estudo e contribuíram de forma ímpar para possibilitar o meu (re)pensar profissional. Espero que este trabalho auxilie na reflexão sobre o trabalho e o acesso/acessibilidade das políticas públicas.

O presente trabalho foi realizado com apoio da **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES)** – Código de Financiamento 001 (This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nivel Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001).

Meus sinceros agradecimentos a todas/todos!

And in the end / the love you take
Is equal to / the love you make.
(The Beatles).

RESUMO

Esta tese, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, objetivou investigar a proteção social na sociabilidade capitalista, assim como as manifestações de proteção e desproteção social e sua interface com a saúde mental. Amparada na metodologia qualitativa e no método dialético-crítico, analisou as implicações dessas manifestações para trabalhadores (19 sujeitos) e usuários (18 sujeitos) das políticas de assistência social e saúde mental no município de Porto Alegre, sendo esses usuários com vivência de processos de rualização. Também buscou entender as alternativas de enfrentamento e de intervenção utilizadas pelos sujeitos. As análises apontam que o termo “proteção social” apresenta um conceito dúbio, que vai além de seu significado semântico: do ponto de vista das políticas públicas, há muito mais um apaziguamento dos sujeitos do que, de fato, a proteção social da classe que vive do trabalho. Em um contexto de estado neoliberal, expressão política do capitalismo, há valorização do individualismo, da meritocracia, da superexploração do trabalho, da minimização de direitos e seguranças trabalhistas, do sucateamento, da desresponsabilização e da terceirização das políticas públicas. Amplia-se, assim, a desproteção social, o que agudiza o adoecimento psíquico tanto da classe trabalhadora que é usuária das políticas públicas, quanto dos trabalhadores que executam as políticas públicas. Portanto, respondendo ao problema de pesquisa, a principal face perversa da (des)proteção social se manifesta quando se mascara, como garantia de direitos, no intuito de encobrir a divisão da classe trabalhadora, na produção da violência institucional, na inviabilização de acesso e/ou acessibilidade, na manutenção da ordem social imposta, no controle dos corpos vulneráveis, no adoecimento físico e mental da classe trabalhadora e, em casos extremos, a morte. É urgente uma nova ordem social para que a proteção social de fato exista, de modo a enfrentar a produção de desigualdades e a desproteção social, aspectos intrínsecos ao sistema capitalista.

Palavras-chave: Proteção social. Desproteção social. Saúde mental. Assistência social. Processos de rualização.

ABSTRACT

This thesis, linked to the Graduate Program in Social Work at the Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul, aimed to investigate social protection within capitalist sociability, as well as the manifestations of social protection and lack thereof and their interface with mental health. Grounded in qualitative methodology and the dialectical-critical method, it analyzed the implications of these manifestations for workers (19 subjects) and users (18 subjects) of social assistance and mental health policies in the city of Porto Alegre, with these users having experienced processes of street homelessness. It also sought to understand the coping strategies and intervention alternatives employed by the subjects. The analyses indicate that the term "social protection" presents a dual meaning that goes beyond its semantic definition: from the perspective of public policies, there is much more of a pacification of subjects rather than actual social protection for the working class. In a neoliberal state, the political expression of capitalism, there is an emphasis on individualism, meritocracy, the overexploitation of labor, the minimization of labor rights and securities, the dismantling of public services, the withdrawal of state responsibility, and the outsourcing of public policies. Consequently, social unprotection expands, exacerbating psychological distress both among the working class that relies on public policies and among the workers who implement them. Thus, in response to the research problem, the main perverse facet of (un)protection manifests itself when it is disguised as a guarantee of rights, aiming to obscure the division of the working class, perpetuate institutional violence, hinder access and/or accessibility, maintain the imposed social order, control vulnerable bodies, contribute to the physical and mental deterioration of the working class, and, in extreme cases, lead to death. A new social order is urgently needed for true social protection to exist, addressing the production of inequalities and social unprotection—intrinsic aspects of the capitalist system.

Keywords: Social protection. Social dis-protection. Mental health. Social assistance. Processes of street homelessness.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Capa do jornal Boca de Rua, edição número 87, de junho, julho e agosto de 2024 53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Problema de pesquisa. 33
Quadro 2 – Objetivo geral, objetivos específicos e questões norteadoras. 34
Quadro 3 – Caracterização dos usuários participantes da pesquisa. 37
Quadro 4 – Caracterização dos trabalhadores participantes da pesquisa. 38
Quadro 5 – Cargos dos trabalhadores participantes da pesquisa. 39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABI – Associação Brasileira de Imprensa.

AIs – Atos Institucionais.

APS – Atenção Primária em Saúde.

BNH – Banco Nacional de Habitação.

BPC – Benefício de Prestação Continuada.

CadÚnico – Cadastro Único do Governo Federal.

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões.

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial.

CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

CECAD - Consulta, Seleção e Extração de Informações do Cadastro Único.

CEME – Central de Medicamentos.

Centro POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua.

CGT – Comando Geral dos Trabalhadores.

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas.

CMAS – Conselho Municipal de Assistência Social.

CMS – Conselho Municipal de Saúde.

CnR – Consultório na Rua.

Covid-19 – Coronavirus Disease 19.

CEP – Código de Endereçamento Postal.

CREAS – Centro de Referência Especializados de Assistência Social.

CUT – Central Única dos Trabalhadores.

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

ESF – Estratégia de Saúde da Família.

ESMA – Equipe de Saúde Mental Adulto.

FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania.

FEBEM – Fundação Estadual do Bem-estar do Menor.

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

FMI – Fundo Monetário Internacional.

FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-estar do Menor.

Gercon - Sistema de Gerenciamento de Marcação de Consultas.

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões.

IFCH / UFRGS – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal. do Rio Grande do Sul.

IML – Instituto Médico Legal.

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social.

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

LBA – Legião Brasileira de Assistência.

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social.

MNPR – Movimento Nacional da População de Rua.

NETSI – Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Trabalho, Saúde e Intersetorialidade.

NOB / SUAS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social.

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PBF – Programa Bolsa Família.

PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.

PNAS – Política Nacional de Assistência Social.

PPGSS / PUCRS – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

PSD – Partido Social Democrata.

PSF – Programa Saúde da Família.

PSR – População em Situação de Rua.

PT – Partido dos Trabalhadores.

PTB – Partido Trabalhista Brasileiro.

PTRC – Programa de Transferência de Renda com Condicionalidades.

PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

SAM – Serviço de Atendimento ao Menor.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Sinpas – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

Sisnad – Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas.

SMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social.

SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

SMSPA – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

SRT – Serviço Residencial Terapêutico.

SUAS – Sistema Único de Assistência Social.

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TNSS – Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UNE – União Nacional dos Estudantes.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18
1.1 DA GAROA À ENCHENTE, UMA TRAGÉDIA ANUNCIADA: UM BARCO À DERIVA EM UMA REALIDADE DE ÁGUAS TURVAS 18
1.2 NAVEGANDO EM MAR ABERTO E EM BUSCA DE UM PORTO: METODOLOGIA E OS CAMINHOS PERCORRIDOS NA PESQUISA. 30
2 PROCESSOS DE RUALIZAÇÃO: ENTRE O "TODO MUNDO QUE VEM ENTRA" E O "TEM QUE ACOLHER! TEM QUE ACOLHER!", AINDA NOS "FALTA UM POUQUINHO DE COMPREENSÃO 43
2.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: "ACHAR QUE ESSAS MAZELAS ME DEFINEM É O PIOR DOS CRIMES" 43
2.2 ACESSO E ACESSIBILIDADE: "SE EU SAIR DAQUI, SE EU FOR DESLIGADO DAQUI, EU NÃO TENHO PARA ONDE IR" 54
3 PROTEÇÃO SOCIAL: NÃO HÁ BOTES SALVA-VIDAS PARA TODOS 63
3.1 PROTEÇÃO SOCIAL NO CAPITALISMO 63
3.2 POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL COMO POLÍTICA DE PROTEÇÃO SOCIAL 84
3.3 POLÍTICA DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO POLÍTICA DE PROTEÇÃO SOCIAL 100
4 SAÚDE MENTAL AO LONGO DA HISTÓRIA: NAVEGANDO NA NAU DOS LOUCOS E APORTANDO NO CUIDADO EM LIBERDADE 113
4.1 UMA ABORDAGEM HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL 113
4.2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O CUIDADO EM LIBERDADE 117
4.3 PROCESSOS INTERVENTIVOS COM USUÁRIOS COM DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES 121
5 SAÚDE DO TRABALHADOR: UM MERGULHO EM ÁGUAS PROFUNDAS 128
5.1 SOCIEDADE CAPITALISTA, TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR 128
5.2 PELO DIREITO DE SER CUIDADO: "ESSE MOMENTO ASSIM DE PARAR E TER ALGUÉM PARA NOS ACOLHER" 137
6 CONCLUSÃO 151
REFERÊNCIAS 158

1 INTRODUÇÃO

1.1 DA GAROA À ENCHENTE, UMA TRAGÉDIA ANUNCIADA: UM BARCO À DERIVA EM UMA REALIDADE DE ÁGUAS TURVAS

Na minha mente várias portas
E em cada porta uma comporta
Que se retrai e às vezes se desloca
E quantos segredos não foram guardados nessa maloca?
Flutuar no céu poluído da cidade e beber toda a sua mentira
Esperança à míngua, torneira sem água
Moeda? É religião que alicia
Vamos cantar pra nossos mortos
Vamos chorar pelos que ficam
Orar por melhores dias
E se humilhar por um novo abrigo
(Criolo – Casa de Papelão)

Discutir a proteção/desproteção social, sua relação com a saúde mental e as reverberações das políticas públicas para os trabalhadores e para os usuários das políticas de assistência social e de saúde mental abarca diferentes dimensões de uma temática que me atravessa e aguça a minha curiosidade desde a graduação em Serviço Social, realizada na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e concluída em 2010. Ao ingressar no Mestrado em Serviço Social, também realizado na PUCRS, no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS), meu interesse era aprofundar as discussões sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que iniciei no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Na pesquisa de mestrado, busquei pensar, especificamente, no trabalho de assistentes sociais da política de saúde e sua atuação em diferentes dimensões do trabalho profissional, considerando os aspectos sociais que condicionam e determinam a saúde da população de Porto Alegre. Dessa forma, com a orientação da Prof.ª Dr.ª Maria Isabel Barros Bellini, elaborei a dissertação *Determinação social da saúde e as dimensões da competência profissional de assistentes sociais de Porto Alegre*.

Em 2013, concomitantemente à conclusão do mestrado, ingressei como servidora pública na Prefeitura Municipal de Porto Alegre, passando a desenvolver meu trabalho na Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC)[1]. Atuei como

[1] A Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), regulamentada pela Lei n. 4308, de 13 de julho de 1977, foi o órgão gestor da Política de Assistência Social no Município de Porto Alegre por 47 anos. Em fevereiro de 2025, entrou em vigor, após aprovação na Câmara de Vereadores, a Lei Complementar n. 1.036, de 02 de fevereiro de 2025, que extingue a FASC. Essa lei dispõe sobre a

assistente social na execução da política de assistência social em serviços da média complexidade, assim como na gestão dessa política pública. Vivenciando a realidade da política de assistência social cotidianamente, passei a vislumbrar, de forma muito mais extrema, elementos de desproteção social que impactam a vida dos sujeitos — destaco aqui também o impacto na saúde. Percebi haver muita dificuldade para a concretização de ações e para o estabelecimento de relações intersetoriais, política de assistência social com a política de saúde — em especial da política de saúde mental —, o que não garantia um atendimento dos usuários de maneira integral. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que eu havia discutido na dissertação de mestrado estavam materializados cotidianamente no meu trabalho, porém, por vezes, eu me sentia impotente para essa intervenção.

Em 2021, decidi que precisava transformar as minhas inquietações cotidianas em "problema de pesquisa" e ingressei no curso de Doutorado do PPGSS da PUCRS[2]. O lugar vivenciado por mim na autoria desta tese, trabalhadora-pesquisadora, é um lócus privilegiado para a produção de novos conhecimentos acerca das temáticas proteção social, desproteção social, violação de direitos e a saúde mental de usuários e trabalhadores das políticas de assistência social e saúde mental. Eu não ocupo o lugar de observadora tampouco de espectadora, mas de partícipe do cotidiano vivido pelos sujeitos participantes da pesquisa e de tantos outros sujeitos anônimos que atravessam as relações e os encontros diários, através da camaradagem, afeto, conflitos, disputas e consensos.

Meu lugar de fala extravasa os limites da pesquisa, pois as narrativas de usuários e trabalhadores atravessam a minha própria vivência cotidiana e as marcas deixadas por essas experiências. A reflexão sobre essas vivências e as narrativas dos sujeitos que vivem, sobrevivem e resistem sempre foi do meu interesse na realização deste estudo, pois também sintetizam a externalizam a minha inconformidade com a desproteção social vivida por trabalhadores e usuários das políticas de saúde mental e de assistência social. Fui convocada a escrever sobre esse tema porque ele tem

absorção de suas competências, patrimônio e pessoal pela Administração Pública Municipal Direta, criando a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) de Porto Alegre. Considerando que o período de coleta e análise dos dados desta tese ocorreu antes da extinção da FASC e tendo em vista que ainda se encontra em processo de transição para a recém-criada SMAS, ao nos referirmos ao órgão gestor da Política de Assistência Social no município de Porto Alegre, estaremos nos referindo à FASC.

[2] Curso de Doutorado financiado pela Bolsa Parcial de Estudos vinculado ao Programa de Excelência Acadêmica (PROEX) da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

sido meu cotidiano de trabalho há 12 anos. Desse lugar e com essa implicação, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Maria Isabel Barros Bellini, elaborei o projeto de pesquisa intitulado *As faces perversas*[3] *da (des)proteção social e sua interface com a saúde mental,* que origina esta tese.

Nas vivências de trabalha**(dor)**a, muitas vezes, o que mais me restava era **"dor"** ao vislumbrar, durante os atendimentos realizados por mim em territórios extremamente vulnerabilizados de Porto Alegre, a realidade de famílias e indivíduos — realidade essa permeada por mazelas de ordem econômica e social. Miséria, pobreza, fome, violência e falta de acesso às políticas públicas fazem parte desse cotidiano de vivências, as quais, por sua vez, também são entremeadas por muita resistência, alternativas criativas de sobrevivência, cuidado e proteção entre os sujeitos que acessam os serviços. Atravessando esse contexto, pude observar e vivenciar condições de trabalho muitas vezes precárias, perdas salariais e desvalorização do trabalho e do trabalhador em geral, assim como do trabalho e do trabalhador que atua especificamente em políticas públicas.

Na elaboração desta tese, eu tenho uma dupla implicação: de pesquisadora e de trabalhadora. Como pesquisadora, sou convocada a aguçar meu olhar analítico e, constantemente, questionar o aparente da realidade, adensando teórica e criticamente a realidade com que me deparo cotidianamente. Como trabalhadora, sou constantemente "inundada" por uma realidade dinâmica, complexa e que convoca, eu e meus colegas para respostas e intervenções muitas vezes imediatistas diante de uma gama de situações de violação de direito que compõem a realidade dos serviços, das famílias e dos indivíduos que são atendidas por esses equipamentos. É desse lugar de fala e de escuta, enquanto trabalhadora-pesquisadora, que eu vivenciei a Tragédia da Pousada Garoa[4], em abril de 2024, as Enchentes do Rio Grande do Sul[5], em maio de 2024, e a Fumaça das Queimadas[6], em setembro de 2024.

---

[3] O termo "perversas" foi utilizado com o sentido de "perversidades", ou seja, má índole e/ou crueldade. (Dicionário Online Michaelis [2024]).

[4] **"Fogo em pousada de Porto Alegre: tudo o que já se sabe da tragédia; do número de mortos à suposta causa do incêndio"** (https://www.terra.com.br/diversao/fogo-em-pousada-de-porto-alegre-tudo-o-que-ja-se-sabe-da-tragedia-do-numero-de-mortos-a-suposta-causa-do-incendio,1280b92126b9a9f028ff5eea9781d2373wazd4tx.html?utm_source=clipboard).

[5] **"Chuvas devem piorar no RS e inundação 'extrema' pode chegar a novos locais no Sul, diz previsão"** (https://www.bbc.com/portuguese/articles/crgyv2vlelro).

[6] "**Fumaça de queimadas deteriora qualidade do ar no RS"** (https://www.brasildefators.com.br/2024/09/09/fumaca-de-queimadas-deteriora-qualidade-do-ar-no-rs).

Em 26 de abril de 2024, Porto Alegre foi acordada com uma trágica notícia de uma pousada na região central do município havia incendiado e, até aquele momento, havia vitimado nove pessoas[7]. Ao saber da notícia, fui imediatamente tomada pela sensação de desespero e horror. As duas primeiras perguntas que me fiz foram: em que local havia ocorrido? Tratava-se da Pousada que acolhia pessoas em situação de vulnerabilidade social encaminhadas pelos serviços da FASC? Uma terceira pergunta passava pela minha mente e o medo da resposta me fazia quase querer suspender a questão, mas ela era inevitável: quem são os mortos? Meu primeiro pensamento foi nos quatro usuários acompanhados por mim na época, quando eu trabalhava em um serviço de média complexidade da política de assistência social de Porto Alegre. O segundo pensamento foi nos sujeitos participantes desta pesquisa, em cujos relatos colhidos durante os grupos focais — realizados entre julho e agosto de 2023 — apontavam as desproteções que viviam no acolhimento da modalidade hotelaria, ofertado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA), e já anteviam a tragédia.

Ao longo daquela manhã de trabalho, as notícias desencontradas iam surgindo e respondendo a algumas questões: sim, tratava-se de espaço que tinha contrato com a PMPA. O número de mortos havia aumentado para 10, e o número de feridos para 15[8]; quase dois meses depois, soubemos que o número total de mortos foram 11 pessoas[9]. Os nomes dos vitimados foram surgindo extraoficialmente em grupos de trabalho no WhatsApp dos serviços das políticas assistência social e saúde. Surgiram os nomes de cinco vítimas, e todas eram atendidas por algum serviço da assistência social do município. As outras cinco seguiam no Instituto Médico Legal (IML) com ampla dificuldade de identificação, devido à carbonização dos corpos.

Senti indignação pela tragédia, sentimento de impotência, sensação de alívio pelo fato de os usuários que eu acompanhava e os participantes da pesquisa não estarem entre os vitimados, tristeza pelas vidas perdidas. Foram as muitas emoções que vivi naquele 26 de abril, o qual, ainda hoje, parece que não terminou. Como trabalhadora, sou atravessada por sentimentos que, em momentos como esse,

---

[7] **"Quando vi, estava tudo pegando fogo", relata morador sobre incêndio em pousada em Porto Alegre"** https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/pol%C3%ADcia/quando-vi-estava-tudo-pegando-fogo-relata-morador-sobre-inc%C3%AAndio-em-pousada-em-porto-alegre-1.1487751

[8] **"O que se sabe sobre incêndio que deixou 10 mortos em pousada de Porto Alegre"** https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2024/04/o-que-se-sabe-sobre-incendio-que-deixou-10-mortos-em-pousada-de-porto-alegre-clvheel6v01zp013l21iwiqja.html

[9] **"Confirmada 11ª morte pelo incêndio da Pousada Garoa"** https://sul21.com.br/noticias/geral/2024/06/confirmada-11a-morte-pelo-incendio-da-pousada-garoa/

colocam em dúvida a potência do trabalho desenvolvido e requerem um esforço para que não entremos em um processo de autoculpabilização em relação à falta de condições de trabalho que nos é ofertada.

A fragilidade (ou inexistência) de vínculos familiares dos vitimados dessa tragédia se materializou no velório: das cinco vítimas identificadas, apenas uma teve a presença de familiares no sepultamento. Mas compreendendo a formação de vínculos e relações como algo intrínseco à existência humana e que ultrapassa os vínculos familiares, atingindo outras dimensões relacionais. A despedida das vítimas contou com a presença de trabalhadores da política de assistência social que, de alguma forma, conheciam ou atendiam as vítimas[10].

A expressão “tragédia anunciada” era uma fala recorrente entre os trabalhadores da política de assistência social. Na busca pela responsabilização, surgiu, na mídia, uma série de denúncias e apontamentos[11] sobre as más condições daquele espaço de (des)proteção que os próprios trabalhadores já haviam apresentado para a gestão municipal. Em seguida, vieram à tona informações de repasses vultuosos[12], denotando que a gestão municipal optou pela terceirização dos serviços ao invés de fazer investimentos em espaços públicos. As falas dos trabalhadores e usuários participantes desta pesquisa, cuja coleta que teve início em julho de 2023 — ou seja, nove meses antes da tragédia —, já previam riscos:

> Usuário 03: Deixa eu falar: eu moro na pousada. Eu moro na Garoa. Eu já morei na José do Patrocínio, morei na Jerônimo Coelho, passei pela Farrapos, e na Sete de Setembro, segunda vez que eu estou lá. Já faz alguns meses entendeu? [inaudível] é muita regra. Mas a pior de todas é um crime! Se passar da meia noite, tu não tem acesso. Tu fica na rua. [...] Passou da meia noite, não entra. Que que adianta a minha chave, se passou da meia noite vai ter um cadeado na porta? Para o lado de fora? Tá errado. Então tá. Tem que rever isso aí. Bota aí nessa tua pesquisa aí, que tu está fazendo. É uma falta de vergonha! Sem falar o lixo que é. Não tem nem papel higiênico no banheiro. [...] Não dão porra nenhuma. Sabonete, nada. Se tu não tiver, te vira.

[10] **“O velório dos que não tinham familiares a chorar por eles”** (https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2024/04/o-velorio-dos-que-nao-tinham-familiares-a-chorar-por-eles-clvil2t95003a012xqidrwumy.html).

[11] **“Direção da FASC sabia de precariedade na rede de pousadas Garoa”** (https://www.matinaljornalismo.com.br/matinal/reportagem-matinal/direcao-da-fasc-sabia-de-precariedade-na-rede-de-pousadas-garoa/).

[12] **“Pousada que pegou fogo em Porto Alegre tem contrato de R$ 2,7 milhões com prefeitura”** (https://www.terra.com.br/noticias/brasil/cidades/pousada-que-pegou-fogo-em-porto-alegre-tem-contrato-de-r-27-milhoes-com-a-prefeitura,7c38fe7d490b8be04e199df5db5d1ee1atxcweov.html).

O Usuário 03, participante de um grupo focal, nos convocava aos caminhos de (des)proteção social vivenciadas pela População em Situação de Rua (PSR) no município de Porto Alegre. O “acolhimento” modalidade hotelaria[13] havia sido retomado pela gestão municipal em 2020, durante o ápice da pandemia de covid-19, como uma alternativa de moradia emergencial em resposta ao agravamento da vulnerabilidade social acarretada pela pandemia. Essa modalidade já havia sido utilizada anteriormente, desde o ano de 2001, com contratos rescindidos e refeitos pelo município com outras empresas. Nove meses antes do sinistro ocorrido na Pousada Garoa, o Usuário 03 qualificava como “crime” as condições (ou a falta) de habitabilidade e os evidentes riscos de colocar um cadeado na porta principal, impedindo o fluxo de entrada e de saída do local. No mesmo grupo focal, o Usuário 04 contou que ele próprio já havia sobrevivido em outro incêndio ocorrido em outra unidade da Pousada Garoa no ano de 2022[14], o qual vitimou uma pessoa:

> Usuário 04: Eu tava na outra Garoa lá quando pegou fogo. [...] Uma hora vai dar uma morte lá e o responsável sabe quem que vai ser? A FASC! O que está acontecendo eles não estão vendo. Eles não tão. E aí tem que melhorar sabe o que? As pousadas.

O Usuário 04, assim como o Usuário 03, reconhece o espaço da pesquisa como uma oportunidade para apontar suas vivências e os elementos de desproteção cotidiana enfrentados no acolhimento modalidade hotelaria. Ele convoca o gestor municipal a “olhar” o serviço público terceirizado e reconhecer os riscos impostos aos sujeitos que lá habitam. Não cabe aqui fazer o levantamento de responsáveis pelo sinistro, pois isso se encontra sob investigação dos órgãos competentes[15,16]. Contudo, ao nos debruçarmos sobre a análise da desproteção social, é imprescindível o reconhecimento e a avaliação do serviço, assim como dos riscos colocados e antevistos, por aqueles com melhores condições para fazer essa análise: os próprios

---

[13] **“Prefeitura credencia hotéis e pousadas para acolhimento de moradores de rua”** (https://prefeitura.poa.br/fasc/noticias/prefeitura-credencia-hoteis-e-pousadas-para-acolhimento-de-moradores-de-rua).

[14] **“Em 2022, incêndio em outra pousada da rede Garoa matou uma pessoa”** (https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2024/04/26/em-2022-incendio-em-outra-pousada-da-rede-garoa-matou-uma-pessoa-e-feriu-11-em-porto-alegre.ghtml).

[15] “**Pousada Garoa: MP entende que indiciados assumiram risco por incêndio com 11 mortes em Porto Alegre” (**https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2025/01/28/pousada-garoa-mp-entende-que-indiciados-assumiram-risco-por-incendio-com-11-mortes-em-porto-alegre.ghtml).

[16] “**Pousada Garoa: CPI foi instalada e trabalhos iniciam em 10 de março”** (https://www.camarapoa.rs.gov.br/noticias/pousada-garoa-cpi-foi-instalada-e-trabalhos-iniciam-em-10-de-marco).

usuários dos serviços. Ao gestor municipal, cabe praticar o exercício da escuta e tomar providências diante dos relatos contundentes que trabalhadores e usuários fazem sobre a possibilidade de um sinistro ocorrer em um espaço financiado e gerido por políticas públicas. A tragédia anunciada aconteceu!

Da mesma maneira que os usuários, os trabalhadores da política de assistência social apontavam as contradições do espaço de hotelaria enquanto proposta de moradia emergencial e, ainda, como elemento de higienismo social. Isso pode ser identificado no excerto de um diálogo que tive com trabalhadores de um serviço de assistência social no momento da realização de um dos grupos focais:

> Pesquisadora: A pousada acaba sendo um “tapa buraco”, da ausência de um acolhimento mais adequado?
> Trabalhadora 11: Exatamente. Exatamente.
> Trabalhador 12: Ela tira os usuários dos olhos das pessoas, né? No geral, é o que acontece. É para o que serve. Eles não estão mais dormindo na Orla[17]. Não tem mais ninguém na rua. Sim, estão nas pousadas que também não têm estrutura adequada para ajudar aquela pessoa a superar aquela vulnerabilidade.
> Pesquisadora: É uma maneira de escamotear?
> Trabalhadora 13: Tira da rua que eu não quero ver.

Nesse excerto, fica evidente a crítica dos trabalhadores à invisibilidade dada às necessidades e às vulnerabilidades vividas pela PSR, além do emprego de “acolhimento” e da “modalidade hotelaria” como uma estratégia de ocultar esses sujeitos e não efetivar sua proteção. Com discurso voltado para a proteção social e a garantia de espaços de acolhimento para os usuários em situação de rua, o serviço se mostrava como uma possibilidade de “limpeza” das ruas ao esconder uma parcela da população considerada indesejável para o status quo. Deparar-se com a miséria humana habitando ruas, avenidas, viadutos, marquises e calçadas de uma grande metrópole é também se deparar com o atestado da perversidade gerada pelo modo de produção capitalista que, na busca de um lucro incessante para alguns, desumaniza a maior parcela da sociedade: a classe trabalhadora. Ainda nesse sentido, as falas das trabalhadoras corroboram os argumentos de Pereira (2016), que refere que o termo “proteção social” possui um

[17] Parque Urbano, na beira do Lago Guaíba, conta com espaços de convivência, bares e locais para prática de esportes. Inicia na região central e se estende até a Zona Sul de Porto Alegre. Em 2016, iniciou uma vultuosa reforma, orçada em 65 milhões de reais. Nesse ponto turístico da capital gaúcha, cenas de higienismo social, em que pessoas em situação de rua são expulsas de locais públicos pelas forças de segurança, são frequentes.

> [...] desafio teórico de entender e identificar, com respaldo histórico, as propriedades particulares do processo denominado proteção social com as suas ambiguidades e contradições. A primeira ambiguidade diz respeito ao fato de que o significado semântico desse processo nem sempre coincide com os objetivos que persegue e com os resultados de sua aplicação. Além disso, apesar de ser longevo, persistente e de estar presente em diferentes modos de produção e em todas as etapas do capitalismo, ele não segue um fluxo linear, progressivo e nem assume configuração unívoca. Pelo contrário, a trajetória do chamado processo de proteção social é perceptivelmente irregular, sinuosa, quando não regressiva; e pode apresentar-se sob várias denominações, que indicam diferentes modalidades e complexidades de intervenção. (Pereira, 2016, p. 31).

É preciso refletir sobre os aspectos semânticos do termo “proteção social”, considerando os reais aspectos de sua operacionalização na sociabilidade burguesa. Como veremos ao longo de toda essa tese, os sistemas de proteção social não necessariamente promovem a proteção social da população atendida. A proteção social incorre em interesses dúbios, os quais, por vezes, relacionam-se mais com a apaziguação da classe trabalhadora do que, de fato, com sua independência e autonomia. No exemplo narrado pelas trabalhadoras, é nítido que a oferta de acolhimento institucional na modalidade hotelaria — opção escolhida pela gestão municipal da política de assistência social — não se presta somente a atender às demandas históricas por moradia apontadas pela população. Convenientemente, ela também dissimula a presença/denúncia da existência de pessoas em extrema vulnerabilidade social que residem nos espaços públicos no município de Porto Alegre. Tênues linhas imaginárias perpassam elementos de proteção e desproteção social em uma mesma ação do Estado. Para além disso, os interesses conflitantes das classes sociais se materializam nas ações de proteção/desproteção social: se, por um lado, atendem (de maneira pouco efetiva) às demandas históricas da população trabalhadora por moradia, por outro lado, atendem aos interesses higienistas da classe burguesa. Como dito pela Trabalhadora 13: *“Tira da rua que eu não quero ver”.*

Na lógica perversa das tragédias anunciadas, ocorreu, após o incêndio na Pousada Garoa, a maior enchente da história do Rio Grande do Sul[18]. De acordo com dados da Defesa Civil Estadual, a enchente sem precedentes que atingiu a população gaúcha nos meses de abril e maio de 2024 deixou como legado 2.398.255 pessoas

[18] “**A cronologia da tragédia no Rio Grande do Sul”** (https://www.bbc.com/portuguese/articles/cd1qwpg3z77o).

afetadas (Estado do Rio Grande do Sul, 2024). Houve 183 óbitos em todo o estado, e 27 pessoas ainda seguiam desaparecidas, conforme dados da Defesa Civil Estadual referentes ao mês de agosto de 2024. No ápice da situação de calamidade, mais de 80 mil pessoas se encontravam desabrigadas ou desalojadas nos 478 municípios gaúchos afetados. Em algumas localidades, todos os bairros foram acometidos pelos efeitos nefastos da enchente (Rio Grande do Sul, 2024).

No mês de maio de 2024, o município de Porto Alegre se deparou com imagens vistas, até então, apenas por octogenários que viveram a enchente de 1941. No epicentro desse desastre climático, mais de 13 mil pessoas se encontravam desalojadas, alocadas em alojamentos provisórios[19] e espalhadas por todo o território de Porto Alegre. Os bairros mais atingidos pela enchente foram Sarandi, Farrapos, Humaitá e São Geraldo, na Zona Norte da capital; Menino Deus, Cidade Baixa, Floresta e Centro Histórico, na Região Central; Ponta Grossa e Lami, na Zona Sul; além de todo o bairro Arquipélago, conhecido como “Ilhas”. A enxurrada de água, lama e caos veio extravasando “uma comporta / que se retrai e às vezes se desloca”, nas palavras do rapper Criolo, escancarando a falta de manutenção das comportas e dos muros de proteção da cidade[20]. A dimensão do impacto social dessa desproteção ainda não foi totalmente desvendada.

Comunidades periféricas — que historicamente habitam áreas de risco, como ocupações e territórios vulnerabilizados —, comunidades tradicionais, indígenas, quilombolas, PSR etc., perceberam e vivenciaram a incidência da enchente em suas vidas de forma mais aprofundada, pois vulnerabilidades diversas que já existiam antes da enchente representavam novos riscos sociais. O processo de “recomeçar” após o impacto da enchente não se manifesta para todos da mesma maneira; é necessário reconhecer as desigualdades e as diferenças postas para que seja viável promover uma equidade possível.

Com relação às PSR, uma nova contradição foi posta: uma preocupação legitima referendou a demanda de proteção social para as pessoas desalojadas e que tiveram suas casas afetadas pela enchente; o Estado promoveu a abertura de

---

19 **“Número de abrigados chega a 13,1 mil pessoas em 144 estruturas na Capital”** (https://prefeitura.poa.br/defesa-civil/noticias/numero-de-abrigados-chega-131-mil-pessoas-em-144-estruturas-na-capital).

20 “**Entenda os destaques do relatório holandês da enchente que atingiu Porto Alegre”** (https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/cidades/entenda-os-destaques-do-relat%C3%B3rio-holand%C3%AAs-da-enchente-que-atingiu-porto-alegre-1.1526886).

alojamentos provisórios para essas famílias. Mas qual foi a atenção destinada a quem já não tinha casa no momento de um desastre? Qual a oferta de proteção social para PSR no momento de uma enchente, se o direito à moradia já se encontra violado? Mais uma vez, a contradição da proteção social se materializa. A resposta estatal a essa questão foi a criação de alojamentos específicos para PSR[21], separados das demais famílias atingidas pela enchente que tinham casa. Se, por um lado, essa iniciativa é executada enquanto perspectiva de atenção às particularidades e especificidades dessa população, também configuram (e atualizam) velhas práticas de higienismo e segregação da PSR, que são históricas.

Assim como orientações globais do período de covid-19, a exemplo de "fique em casa", orientações dadas no período das enchentes, como "volte para casa", não eram factíveis nem viáveis para as PSR. Ao se deparar com a desmobilização e o encerramento dos abrigos provisórios, essa população teve como opção de retorno a mesma rede insuficiente de serviços: filas em albergues e falta de vagas em acolhimento institucional para adultos e idosos. Todavia, o cenário era ainda mais agravado, pois havia indisponibilidade de acesso a serviços públicos dos quais usufruíam e que também foram atingidos pela enchente[22,23].

Por fim, vale destacar o mês de setembro de 2024, quando o céu de Porto Alegre — assim como de outras partes do Brasil — foi escurecido pela fumaça preta das queimadas, tornando o Sol alaranjado e produzindo a pior qualidade do ar dos últimos 13 anos[24]. Doenças respiratórias sobrecarregaram a Atenção Primária em Saúde e as Emergências Hospitalares[25] da capital gaúcha, convocando a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre a fornecer, à população, orientações de proteção e prevenção sobre os riscos de inalar a fumaça tóxica. Novamente, as orientações gerais não contemplaram os sujeitos em situação de rua, uma vez que

---

[21] **"Segregação da população de rua em abrigos e falta de plano de transição acendem alerta"** (https://www.brasildefators.com.br/2024/05/22/segregacao-da-populacao-de-rua-em-abrigos-e-falta-de-plano-de-transicao-acendem-alerta).

[22] **"Confira os serviços municipais afetados pela enchente e opções de atendimento"** (https://prefeitura.poa.br/gcs/noticias/confira-os-servicos-municipais-afetados-pela-enchente-e-opcoes-de-atendimento).

[23] **"Confira local de atendimento dos Cras Ilhas, Farrapos e Centro"** (https://prefeitura.poa.br/fasc/noticias/confira-local-de-atendimento-dos-cras-ilhas-farrapos-e-centro).

[24] **"Grande Porto Alegre tem pior Crise de qualidade do ar em treze anos".** (https://metsul.com/grande-porto-alegre-tem-pior-crise-de-qualidade-do-ar-em-treze-anos/).

[25] **Exposição à fumaça causa superlotação de todas as emergências SUS em Porto Alegre, diz prefeitura.** (https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2024/09/13/exposicao-a-fumaca-causa-superlotacao-de-todas-as-emergencias-de-hospitais-e-upas-que-atendem-sus-em-porto-alegre-diz-prefeitura.ghtml).

parte das providências orientavam a “permanecer o menor tempo possível em ambiente aberto”, “manter janelas e portas fechadas” e, se possível, “evitar sair de casa”. É preciso lembrar o que é invisibilizado: a pessoa que está em situação de rua não tem portas e nem janelas para fechar; não tem opção de sair de um ambiente aberto.

Nesse cenário, as PSR atingidas pela enchente e pela crise climática vivenciam um não lugar. Não tinham uma casa para perder, não tem uma casa para onde voltar e, por vezes, quando procuram acesso a benefícios e políticas habitacionais, não são consideradas atingidas pela enchente. Ademais, estão expostas à fumaça tóxica das queimadas, não tendo espaço de moradia para se proteger da intempérie. De abril a setembro de 2024, ou seja, ao longo de cinco meses, uma sequência de “nãos” e de desconsiderações se apresentaram para PSR — e as violações de direitos que vivenciam seguem invisibilizadas. O excerto da música do rapper Criolo que abre este capítulo sintetiza poeticamente a dura realidade vivenciada pelas PSR na tragédia da Pousada Garoa, na enchente do Rio Grande do Sul e na crise climática das queimadas: “*Vamos cantar pra nossos mortos / Vamos chorar pelos que ficam / Orar por melhores dias / E se humilhar por um novo abrigo”.*

E qual o lugar ocupado pelos trabalhadores de políticas públicas nesse contexto? Os operadores de direitos, sejam eles do campo da assistência social ou da saúde/saúde mental, não realizam os seus fazeres profissionais com o intuito de produzir manifestações de desigualdade, desproteção social ou adoecimento psíquico para os sujeitos atendidos por essas políticas públicas. Contudo, no contexto de desmonte de políticas públicas e condições de trabalho inadequadas para atender a população, os trabalhadores são forçados a realizar a “gestão do impossível”, pois são convocados a administrar os mínimos sociais para um número cada vez mais expressivo de usuários dos serviços. É um trabalho cooptado e explorado que leva a um atendimento por vezes precarizado, produzindo sofrimento e adoecimento psíquico para nós, trabalhadores. Essa é uma reflexão que adenso ao longo deste trabalho.

Ao introduzir esta tese com relatos de três acontecimentos trágicos que compõem o cenário da realidade cotidiana e recente, possibilito que o leitor conheça os caminhos que pretendo percorrer ao longo de todo este texto. O ponto de partida e o fio condutor deste trabalho é a análise da realidade concreta e cotidiana vivenciada

e narrada por trabalhadores e usuários das políticas de saúde mental e assistência social no município de Porto Alegre. O caráter materialista do método dialético-crítico pressupõe que se parta do concreto para o abstrato e se retorne para o concreto, pois

> as premissas com que começamos não são arbitrárias, não são dogmas, são premissas reais, e delas só na imaginação se pode abstrair. São os indivíduos reais, a sua ação e as suas condições materiais de vida, tanto as que se encontram quanto as que produziram pela sua própria ação. Essas premissas são, portanto, constatáveis de um modo puramente empírico (Marx; Engels, 2009, p. 23-24).

Apreender a realidade concreta é o primeiro movimento de análise, mas não é o suficiente. Como já criticavam Marx e Engels (2009, p. 122), “os filósofos apenas interpretaram o mundo de diferentes maneiras; o que importa é transformá-lo”. Para tanto, e no intuito de garantir a cientificidade deste estudo, é fundamental fazer a mediação da realidade através de uma análise crítica, fundamentada em autores que auxiliem a problematizar o aparente. Dessa forma, vou analisar as múltiplas formas de manifestação da proteção e da desproteção social expressas nos relatos de trabalhadores e usuários das políticas de assistência social e políticas de saúde mental.

Para além de identificar essas manifestações na realidade cotidiana dos profissionais que atuam nas políticas públicas e dos usuários que são atendidos nesses serviços, apresentamos estratégias utilizadas por esses atores sociais no enfrentamento da desproteção social. Para isso, alinho-me às seguintes palavras de Prates (2016):

> [...] o que mais nos encanta na teoria e no método marxiano é exatamente a profundidade da pesquisa intrinsicamente relacionada e direcionada para a realidade social e para as ações concretas com vistas a sua transformação. A superação dos estudos contemplativos por investigações comprometidas com os temas e sujeitos envolvidos no estudo. [...] Não basta conhecer, precisamos explicitar o que queremos conhecer e para que conhecer. Queremos desvendar para dar visibilidade, para subsidiar estratégias ou políticas, para contribuir com o fortalecimento dos sujeitos, para desmistificar estigmas, enfim, desvendar para subsidiar ou instigar aprimoramentos, mudanças, transformações. Parece-nos ser esta também uma questão de método. (Prates, 2016, p. 108).

Parto da realidade que, como já explicitei, me atravessa. Uma realidade permeada por durezas e mazelas, relatos de desproteção e violação de direitos dos usuários e dos trabalhadores das políticas públicas. Violações de direitos

produzidas historicamente pelo próprio Estado. Porém, de forma contraditória, a realidade também nos apresenta possíveis brechas, fissuras que permitem resistir às desigualdades sociais produzidas. Identifico essas possibilidades e me identifico na narrativa da Trabalhadora 06:

> Trabalhadora 06: Eu sou muito defensora sim do espaço, do objetivo ao qual se propõe, enquanto espaço de acolhimento para população adulta e em situação de rua... a delicadeza disso. [...] Então assim, a gente consegue, por vezes, fazer a diferença. Então eu acho que é uma delicadeza, uma sutileza no trabalho que ela é, encantadora. E que é muito importante. Por isso eu falo dessa resistência, quando a gente fala, a gente fala com força assim do trabalho que a gente executa aqui, porque a gente sabe da população que aqui acessa, da fragilidade, da vulnerabilidade… É nós!

É na resistência cotidiana, na luta por direitos sociais, na preservação de direitos historicamente conquistados, na denúncia do sucateamento das políticas públicas, na participação em espaços de organização coletiva que a classe trabalhadora — seja ela operadora ou usuária das políticas públicas — insiste, resiste e, ainda, consegue identificar as possíveis brechas de resistência e encantamento pelo trabalho realizado. Nesse sentido, a fim de desvendar a realidade e no intuito de identificar novas possibilidades interventivas, explicitarei, ao longo da próxima seção, a metodologia empregada neste estudo, assim como os caminhos (não lineares) que se desdobraram ao longo da realização da pesquisa.

Aqui, deixo de escrever utilizando a primeira pessoa do singular para passar a utilizar a escrita na primeira pessoa do plural. Reconheço, assim, o processo da produção e o acúmulo de conhecimento como processos coletivos, que vêm se realizando pela troca de saberes, seja no âmbito do meu trabalho na execução da política de assistência social, seja no âmbito do estudo e da pesquisa para a elaboração desta tese de doutorado.

1.2 NAVEGANDO EM MAR ABERTO E EM BUSCA DE UM PORTO: METODOLOGIA E OS CAMINHOS PERCORRIDOS NA PESQUISA

A metodologia na pesquisa, “mais do que uma descrição de métodos e técnicas a serem utilizados, indica as conexões e a leitura operacional que o pesquisador fez do quadro teórico e de seus objetivos de estudo” (Minayo, 2010, p. 46). Como

explorado na seção anterior, a motivação para a realização deste estudo parte da experiência empírica enquanto trabalhadora de políticas públicas.

No desenvolvimento da prática profissional — mais especificamente na política de assistência social —, constatamos, a partir de observações participantes, elevado número de acompanhamento de sujeitos com demandas para atendimento em serviços de saúde mental; em alguns casos, havia transtornos mentais já diagnosticados. Tal fenômeno se apresentava como um desafio para a realização do trabalho profissional e para efetivação dos objetivos da política de assistência social, convocando a pesquisadora a buscar, no campo científico, elementos que pudessem auxiliar a compreender a relação entre proteção/desproteção social e as demandas de atendimento em saúde mental dessa população. No cotidiano de trabalho, nos questionávamos se a desproteção social emergia como fomentadora de transtornos mentais e demandas em saúde mental ou se os transtornos mentais poderiam levar os sujeitos à situação de desproteção social. Dialeticamente, entendemos que ambas as afirmações são verdadeiras.

Tanto o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) quanto o Sistema Único de Saúde (SUS) têm uma trajetória histórica na execução de serviços de saúde e serviços de assistência social no Brasil — em 2025, comemoramos 35 anos do SUS e 20 anos do SUAS. Dessa forma, debruçamos nossa análise no que concerne às ações ofertadas para os sujeitos com demandas em saúde mental e/ou transtorno mental e que sejam atendidos tanto pela política de saúde mental quanto pela política de assistência social. Esse recorte tem como intuito avaliar, reavaliar e propor novos caminhos a partir das narrativas de sujeitos que executam as políticas públicas e de sujeitos que são usuários dos serviços.

Cabe ressaltar que tanto o SUAS quanto o SUS ratificam a importância da intersetorialidade e da complementariedade entre as políticas de saúde e de assistência social[26]. Na lógica da promoção em saúde, a intersetorialidade pressupõe “articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns” (Brasil, 2014). Contudo, a realidade narrada pelos sujeitos participantes desta pesquisa demonstra que, no cotidiano dos serviços de saúde e de assistência social, a intersetorialidade se mostra

[26] Neste estudo, o foco das políticas de saúde se volta à política de saúde mental.

muito mais como um objetivo a ser alcançado do que um fato concreto. Na hegemonia do modelo neoliberal de estado mínimo, que se apresenta de forma mais evidente desde os anos 1990 e exibiu sua face mais perversa durante a pandemia de covid-19, reatualizada na enchente de 2024, os desmontes das políticas públicas se apresentam, no cotidiano do trabalho, por meio do desfinanciamento, da sobrecarga de trabalho, da descontinuidade dos serviços etc. Dessa forma, onde há a mínima execução das políticas públicas, resta pouco espaço para a complementariedade intersetorial.

Nesse contexto de sobrecarga de trabalho da classe trabalhadora em geral — e aqui enfocando os trabalhadores de políticas públicas —, há necessidade de ampliar o olhar sobre a saúde do trabalhador. Discutir o tema “saúde do trabalhador” tem uma implicação direta e nos faz adentrar em nossas próprias vísceras; nos convoca a analisar o cenário e propor contribuições para a realidade cotidiana de trabalho que também nos atravessa. Para Dejours (1992 *apud* Peyon, 2018),

> [...] a anulação [do comportamento livre] é muda e invisível. Para conhecê-la, é preciso ir à sua procura. Projeto temerário, talvez, descobrir o sofrimento operário, não somente desconhecido fora da fábrica, mas também mal conhecido pelos próprios operários, ocupados que estão em seus esforços para garantir a produção (Dejours, 1992, p. 26 *apud* Peyon, 2018, p. 178).

Os trabalhadores que participam desta pesquisa, executores terminais das políticas públicas, ocupam-se, no cotidiano de trabalho, com o desenvolvimento de ações que objetivam promover proteção social e saúde mental aos sujeitos atendidos e acompanhados nos serviços. No entanto, de acordo com os termos colocados por Dejours (1992) e Peyon (2018), a pausa reflexiva para pensar a proteção social e a saúde mental dos próprios trabalhadores não é garantida, devido à sobrecarga de trabalho e, por vezes, às péssimas condições disponibilizadas para a realização do trabalho. Há uma agudização do sofrimento psíquico e da incidência de transtornos mentais vivenciados pela classe trabalhadora. Isso se alia às relações de trabalho e às formas de socialização, cada vez mais atravessadas pelo ideário neoliberal, pautado no individualismo, na concorrência e na competição. Nesse sentido,

> [...] a precarização do trabalho tem se expressado nos processos violentos de ataque às condições, nas relações, e aos direitos do trabalho, conforme apontado pela gestão e pelos trabalhadores em diversos municípios, além da alta rotatividade nos serviços, em decorrência das condições perversas a que

> estão submetidos os trabalhadores, o que tem gerado processos de adoecimento. (Couto *et al*., 2019, p. 352)

As políticas públicas de saúde e de assistência social, assim como seus sistemas, encontram-se atravessadas por desmonte, precarização e achatamento de recursos para sua execução, assim como pela flexibilização dos direitos do trabalho para seus executores. Os limites e as burocracias institucionais podem se perpetuar como violência institucional praticada contra os sujeitos atendidos, em especial, os com demandas de atendimento em saúde mental. Nosso olhar de pesquisadora-trabalhadora se dispõe a fazer uma leitura e interpretação da realidade em que estamos inseridas e propor possibilidades diante desse quadro. Pretendemos dar visibilidade à relação entre proteção/desproteção social e os processos de adoecimento acarretados pelas condições de trabalho, assim como às reverberações desse adoecimento e dessa precarização no atendimento dos usuários de políticas de assistência social e de saúde.

Nesse sentido, considerando a inserção da trabalhadora-pesquisadora no contexto do fenômeno estudado, recorremos a Gil (1999, p. 52), que sintetiza que “a escolha do problema de pesquisa sempre implica algum tipo de comprometimento”. Nosso principal compromisso neste estudo tornar público, por meio de uma pesquisa com rigor científico, como a proteção/desproteção social e a sua relação com a saúde mental se manifesta nas narrativas de trabalhadores e usuários e, a partir disso, prospectar possibilidades de enfrentamento à desproteção social. Salientamos nossa compreensão do Serviço Social enquanto profissão inserida em um campo de produção do conhecimento disposto a conhecer os fenômenos e, principalmente, propor novas possibilidades para intervir na realidade colocada.

A fim de elucidar os questionamentos supracitados, elaboramos o seguinte problema de pesquisa:

Quadro 1 – Problema de pesquisa.

Como a proteção social/desproteção social e as estratégias para o seu enfrentamento se expressam nas narrativas dos trabalhadores de políticas de assistência social e de saúde mental e dos usuários que são atendidos por essas políticas?

Fonte: elaborado pela autora a partir do projeto de pesquisa.

Correspondendo ao problema de pesquisa, elaboraram-se as questões norteadoras, o objetivo geral e os objetivos específicos, organizados no Quadro 2 para melhor compreensão.

Quadro 2 – Objetivo geral, objetivos específicos e questões norteadoras.

<table>
<tr><th colspan="2">OBJETIVO GERAL</th></tr>
<tr><td colspan="2">Compreender as múltiplas formas de manifestação da proteção/desproteção social expressas nas narrativas de trabalhadores e usuários das políticas de assistência social e política de saúde mental, identificando as estratégias para enfrentamento construídas por eles, a fim de potencializá-las e/ou propor alternativas de intervenção que contemplem as características e as necessidades dos sujeitos.</td></tr>
<tr><th>QUESTÕES NORTEADORAS</th><th>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</th></tr>
<tr><td>Como as manifestações de proteção/desproteção social se materializam no acesso aos serviços da rede, das políticas de saúde mental e de assistência social pelos usuários dessas políticas?</td><td>Identificar como as manifestações de proteção/desproteção social se materializam no acesso e acessibilidade aos serviços da rede das políticas de saúde mental e de assistência social pelos sujeitos com demandas em saúde mental.</td></tr>
<tr><td>Quais as ações interventivas os trabalhadores propõem para os sujeitos com demandas em saúde mental atendidos pelos serviços de política de assistência social e política de saúde mental?</td><td>Identificar as ações interventivas propostas pelos trabalhadores das políticas de assistência social e de saúde mental para atendimento dos sujeitos com demandas em saúde mental, potencializando e/ou propondo ações que mitiguem os desafios e contemplem as necessidades e características dos sujeitos, ampliando possibilidades de enfrentamento das realidades adversas.</td></tr>
<tr><td>Qual a percepção dos usuários acerca do acesso e da acessibilidade aos serviços e dos atendimentos destinados pelas políticas de saúde mental e de assistência social?</td><td rowspan="2">Conhecer a percepção dos usuários sobre o acesso / acessibilidade e os atendimentos disponibilizados pelos serviços das políticas de saúde mental e de assistência social para os sujeitos com demandas em saúde mental.</td></tr>
<tr><td>Quais as estratégias construídas para garantir um atendimento que contemple as necessidades e as características dos sujeitos?</td></tr>
<tr><td>Quais as estratégias de enfrentamento utilizadas por usuários e trabalhadores das políticas de assistência social e de saúde mental no que concerne aos desafios e às possibilidades postos pelas demandas de saúde/adoecimento mental?</td><td rowspan="2">Identificar os desafios e as estratégias de enfrentamento construídas, conjuntamente, por trabalhadores e usuários das políticas de assistência social e saúde mental no enfrentamento à desproteção social.</td></tr>
<tr><td>Quais os desafios e as possibilidades construídas conjuntamente por trabalhadores e usuários das políticas de assistência social e política de saúde mental no que concerne às manifestações de desproteção social?</td></tr>
</table>

Fonte: elaborado pela autora a partir do projeto de pesquisa.

O método escolhido para nortear este estudo e contemplar o problema de pesquisa, as questões norteadoras e os objetivos é, como já apresentado, o método dialético-crítico. Segundo Gadotti (2000), esse método

> [...] tem um duplo objetivo: 1º) como a dialética estuda as leis mais gerais do universo, leis comuns de todos os aspectos da realidade, desde a natureza física até o pensamento, passando pela natureza viva e pela sociedade. 2º) como materialismo é uma concepção científica que pressupõe que o mundo é uma realidade material (natureza e sociedade), onde o homem está presente e pode transformá-la. (Gadotti, 2000, p. 22)

Dessa forma, a partir das narrativas de trabalhadores e usuários, analisamos a proteção/desproteção social e sua interface com as demandas em saúde mental, bem como a possível articulação entre as políticas de assistência social e as de saúde mental. Esta análise é realizada à luz do referencial teórico que compõe este estudo, bem como as legislações brasileiras que discorrem sobre tais políticas públicas, atentando para o prescrito e o concreto da operacionalização dessas leis e políticas. O estudo se dispõe a fomentar uma reflexão sobre as manifestações dos fenômenos na realidade, assim como as alternativas e possibilidades utilizadas pelos sujeitos a vivência e na execução dessas políticas públicas.

A pesquisa realizada é do tipo qualitativa. Marsiglia (2009) e Minayo e Minayo (2003) explicitam que os estudos na área da saúde devem se utilizar de metodologias qualitativas, pois elas visam compreender os significados atribuídos, a intencionalidade, as relações e as estruturas sociais a partir da manifestação dos sujeitos. Dessa forma, para selecionar participantes da pesquisa, definimos que a amostragem seria não probabilística do tipo intencional por tipicidade (Marconi; Lakatos, 2002). Nesse tipo de amostragem, a escolha dos sujeitos se dá diretamente pelo pesquisador e utiliza, como critério, características similares entre os sujeitos. Os sujeitos participantes, sejam trabalhadores ou usuários das políticas de assistência social e/ou saúde mental, foram diretamente convidados pela pesquisadora para participar do estudo.

A importância de coletar os relatos dos trabalhadores que se encontram na linha de frente da execução das políticas de assistência social e saúde mental e dos usuários desses serviços é conhecer as possibilidades de intervenção para a realidade que se coloca. Dessa forma, realizamos cinco grupos focais com os sujeitos. Grupo focal é uma “técnica qualitativa, cujo objetivo consiste em captar, entre os

sujeitos, percepções, sentimentos e ideias, fazendo emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais, pelo próprio contexto de interação criado" (Gatti, 2005, p. 9). Ou seja, a partir dessa técnica, os participantes, por meio de movimentações de ideias coletivas, apresentaram alternativas a partir das perguntas lançadas ao grupo e da problemática vivida.

Os cinco grupos focais foram divididos da seguinte forma: três grupos focais foram realizados com usuários, e os outros dois com trabalhadores de políticas públicas. Os grupos dos usuários apresentavam a seguinte distribuição: um era composto pelos usuários da oficina de geração de trabalho e renda vinculado a um serviço de saúde; um foi realizado com usuários de um Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, o Centro POP; e o outro contava com a participação de usuários acompanhados por um Serviço de Acolhimento Institucional para População Adulta.

Os critérios de inclusão dos usuários para participação na pesquisa foram:

- ter mais de 18 anos, de qualquer gênero, ser usuário da política de assistência social, atendido por Abrigo Residencial para População Adulta em Situação de Rua ou Centro POP e que também seja ou já tenha sido atendido por serviço de saúde mental no momento da coleta dos dados;
- usuário que, no momento da coleta de dados, estivesse em condições de participar dos grupos focais e de responder às perguntas do roteiro previamente elaborado; não poderia ter curador ou representante legal.

Os critérios de inclusão dos trabalhadores para participação na pesquisa foram:

- ser trabalhador da política de assistência social, ter mais de 18 anos, de qualquer gênero, com no mínimo um ano de atuação na política de assistência social; ter vínculo ativo, independente da modalidade de vínculo empregatício e cargo, atuando diretamente no atendimento a usuários dos serviços no momento da coleta dos dados;
- ser trabalhador da política de saúde mental, ter mais de 18 anos, de qualquer gênero, com no mínimo um ano de atuação na política de saúde; ter vínculo ativo, independente da modalidade de vínculo empregatício e cargo, atuando diretamente no atendimento a usuários dos serviços no momento da coleta dos dados.

O número de usuários participantes do estudo totalizou 18 indivíduos. Para fins de caracterização da população usuária participante da pesquisa, elaboramos o Quadro 3.

Quadro 3 – Caracterização dos usuários participantes da pesquisa.

	MASCULINO	**FEMININO**[27]	**TOTAL**
GRUPO FOCAL 01	04	02	**06**
GRUPO FOCAL 02	05	04	**09**
GRUPO FOCAL 03	02	01	**03**
TOTAL GERAL DE PARTICIPANTES	**11**	**07**	**18**

Fonte: sistematizado pela autora com dados coletados na pesquisa.

Os grupos focais nos permitiram conhecer as experiências dos usuários, de forma a ilustrar e materializar as especificidades dos atendimentos para PSR nos serviços de assistência social e de saúde mental. Dentre todos os públicos acompanhados pela política de assistência social, a vivência do processo de rualização, por si só, já caracteriza uma grave expressão de violação de direitos e desproteção social, justificando nossa escolha por esse segmento populacional para a realização desta pesquisa.

Com relação aos trabalhadores, é importante elucidar que, quando elaboramos o projeto de pesquisa desta tese de doutorado, intencionávamos coletar dados junto aos trabalhadores dos serviços das políticas de assistência social e saúde mental do município de Porto Alegre. A proposta inicial previa reunir os trabalhadores de ambas as políticas para coletar dados que nos possibilitassem uma discussão intersetorial acerca da proteção social e da saúde mental, pois entendemos que as manifestações se intercruzam e se mostram na realidade de todos os serviços em ambas as políticas públicas.

Após os aceites institucionais da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (SMSPA) e da FASC, bem como a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética PUCRS

[27] Uma das participantes da pesquisa, do gênero feminino, é uma Mulher Transgênero. Salientamos que as vulnerabilidades sociais e as violações de direitos da População em Situação de Rua são intensificadas quando vivenciadas por este grupo populacional que, historicamente, enfrenta maior discriminação no acesso a direitos e estão mais expostas a violências e exclusão social.

e do Comitê de Ética da SMSPA, contatamos coordenações e trabalhadores das políticas de assistência social e saúde mental: Centros POP, Serviço de Acolhimento Institucional Adulto, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Consultórios Na Rua (CnR), Unidade Básica de Saúde (UBS), entre outros. As coordenações do Serviço de Acolhimento Institucional Adulto e Centro POP aceitaram prontamente o convite, disponibilizando os espaços dos serviços para a realização dos grupos focais, tanto com usuários quanto com trabalhadores.

Em seguida, estabelecemos contato com 10 coordenadores de serviços de saúde no intuito de convidá-los — assim como os trabalhadores das equipes de saúde — para participarem dos grupos focais nos espaços cedidos pelos serviços de assistência social. Alguns trabalhadores e coordenações dos serviços de saúde informaram sobre a necessidade de tramitar o projeto junto às Organizações da Sociedade Civil (OSC) que executam os serviços de saúde mental junto à SMSPA. Contudo, esbarramos em alguns entraves institucionais e operativos que inviabilizaram a participação de trabalhadores da política de saúde mental, pois não obtivemos retorno dos contatos realizados para fazer essa tramitação. Outros coordenadores de serviços informaram que tentariam viabilizar que os trabalhadores estivessem presentes nas datas dos grupos focais previamente agendadas, mas eles não compareceram. Considerando o esgotamento na tentativa de contatos para a viabilização da participação dos trabalhadores dos serviços de saúde no estudo, bem como os limites de tempo para a concretização da coleta de dados, entendemos que os entraves da realidade nos permitiriam manter a amostra apenas de trabalhadores da política de assistência social. A amostra final de trabalhadores foi 19, sendo 10 trabalhadores de um Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e idosos e nove de um Centro POP, conforme apresentados nos Quadros 4 e 5.

Quadro 4 – Caracterização dos trabalhadores participantes da pesquisa.

	MASCULINO	FEMININO	TRABALHADORES DA POLÍTICA DE SAÚDE	TRABALAHDORES DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	VÍNCULO DE TRABALHO REGIME ESTATUTÁRIO	VÍNCULO DE TRABALHO COM OSC PARCEIRIZADA	**TOTAL**
GRUPO FOCAL 01	02	08	00	10	10	00	**10**
GRUPO FOCAL 02	04	05	00	09	00	09	**09**
TOTAL GERAL DE PARTICIPANTES	**06**	**13**	**00**	**19**	**10**	**09**	**19**

Fonte: sistematizado pela autora com dados coletados na pesquisa.

Quadro 5 – Cargos dos trabalhadores participantes da pesquisa.

EDUCADOR(A) SOCIAL	**8**
ASSISTENTE SOCIAL	**4**
MONITOR(A)	**3**
PEDAGOGO(A)	**1**
PSICÓLOGO(A)	**1**
ENFERMEIRO(A)	**1**
ESTAGIÁRIO(A) DE PSICOLOGIA	**1**
TOTAL	**19**

Fonte: sistematizado pela autora com dados coletados na pesquisa.

Previámos a participação de trabalhadores das políticas de assistência social e da política de saúde mental que, no momento da coleta de dados, tivessem vínculo de trabalho ativo no município de Porto Alegre, independentemente do tipo de vínculo trabalhista ou da forma de contratação. Assim, dos 19 trabalhadores participantes, 10 tinham vínculo por meio regime jurídico único do Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Porto Alegre, e nove possuíam vínculo de trabalho terceirizado, por meio de parceria público-privada com uma OSC que presta serviços para a PMPA. A partir das falas dos trabalhadores, analisamos suas impressões acerca do trabalho desenvolvido na política de assistência social, além de desafios e possibilidades presentes no trabalho de acompanhamento de sujeitos com vivência de situação de rua e com demandas em saúde mental.

A revisão da literatura acerca da temática permitiu elaborar as categorias analíticas, “utilizadas para identificar fenômenos que auxiliam a explicar nosso problema de pesquisa [...] e nos auxiliam a realizar a análise do conteúdo” (Prates, 2016, p. 118). As categorias previamente elencadas foram: i) proteção social; ii) saúde mental; e iii) intersetorialidade. As categorias teóricas se complementam com as analíticas e as do método dialético-crítico. As categorias do método são: i) historicidade; ii) totalidade; iii) contradição; e iv) mediação. Incluímos também a categoria “cotidiano”, por considerarmos imprescindível a análise das experiências concretas dos participantes da pesquisa, atravessadas pela realidade e pelo cotidiano vivenciados nos seus locais de trabalho e de atendimento de suas demandas. Após a coleta dos dados, os categorizamos e analisamos por meio de análise de conteúdo.

De acordo com Triviños (2003), a análise de conteúdo é realizada a partir de três etapas: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial. A pré-análise se caracteriza pela organização do material coletado. A descrição analítica se fundamenta, principalmente, no processo de codificação, classificação e categorização dos dados coletados. Por fim, a interpretação inferencial, como o nome já indica, pressupõe a reflexão — já iniciada na fase de descrição analítica — sobre as falas dos sujeitos e sua inter-relação com a revisão bibliográfica que norteia o estudo. Complementamos o pensamento de Triviños (1987) com Bardin (1979), segundo a qual

> a análise de conteúdo caracteriza-se por um conjunto de análises das técnicas de comunicação, visando por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos à produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens. (Bardin, 1979, p. 21).

A partir da análise de conteúdo realizada, identificamos, nas falas dos trabalhadores e dos usuários, as seguintes categorias que emergiram da realidade: i) saúde/doença da classe trabalhadora; ii) acesso e acessibilidade; iii) trabalho e condições de trabalho; iv) processo de rualização; e v) participação/resistência. Avaliamos que, com os grupos focais, por ser um espaço privilegiado de fala e de escuta, foi propiciada a reflexão sobre os processos de proteção/desproteção vividos pelos sujeitos com demandas em saúde mental. Ouvir e compreender as manifestações dos sujeitos atendidos pelas políticas públicas é identificar, junto aos maiores interessados, quais são suas necessidades e como os serviços podem ser melhor executados, considerando os limites e as possibilidades concretas.

Com relação aos cuidados e aos aspectos éticos em pesquisa, salientamos que o projeto desta pesquisa de doutorado foi submetido à avaliação do Comitê Científico do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS, do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, atendendo aos itens estabelecidos na Resolução CNS 466/12 e na Resolução CNS 510/16. O projeto foi aprovado no CAAE 65058822.6.3001.5338 e CAAE 65058822.6.0000.5336.

No momento da realização dos grupos focais, foram lidos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como os termos de autorização de

uso de imagem e voz, pois, para fins de coleta de dados, todos os grupos focais foram gravados em vídeo. Após a realização da transcrição das falas dos participantes, os vídeos foram apagados. Nos documentos mencionados, explicamos, aos sujeitos participantes da pesquisa, a metodologia adotada no estudo, a voluntariedade e a ausência de custos financeiros para participar da pesquisa. Também evidenciamos que o aceite e a participação no estudo poderiam ser cessados a qualquer tempo. Por fim, foram garantidos o sigilo e o anonimato, não havendo identificação dos participantes.

A devolução e a socialização dos dados se darão com a publicação desta tese de doutorado, elaboração de artigos científicos e socialização dos dados em seminários e eventos científicos. Por meio dos termos de aceite dos Comitês de Ética sinalizados, nos comprometemos a fazer a socialização dos dados junto à SMAS (extinta FASC), à SMS, ao Conselhos Municipal de Assistência Social (CMAS) e ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Porto Alegre, que serão contatados após a entrega da versão final da tese.

Apresentados os caminhos e a metodologia da pesquisa, vejamos como o presente trabalho se encontra estruturado e organizado. No capítulo “Processos de Rualização: ‘entre o todo mundo que vem entra’ e o ‘tem que acolher! tem que acolher!’, ainda nos ‘falta um pouquinho de compreensão’”, abordamos os processos de rualização, assim como a heterogeneidade das PSR. Destacamos que a situação de rua não limita a violação de direitos e vulnerabilidades, e essas pessoas se organizam politicamente, resistindo aos processos de desproteção social. Discutimos as diferenças entre acesso e acessibilidade em serviços e políticas públicas, assim como a falta de ambos impacta no atendimento das necessidades e subjetividades dos sujeitos.

No capítulo “Proteção social: não há botes salva-vidas para todos”, analisamos as contradições presentes no termo “proteção social”. Ao analisar a proteção social no capitalismo ao longo da história — e, mais especificamente, na realidade brasileira —, percebemos que as políticas públicas que operacionalizam a proteção social incorrem em interesses dúbios. Por vezes, mais atendem aos interesses da burguesia do que, de fato, promovem proteção social para a classe trabalhadora, cujos direitos se deu por meio de luta, resistência e acirrada disputa. Ainda nesse capítulo, analisamos os objetivos, as seguranças e os princípios da política de assistência social e da política de saúde enquanto políticas de proteção social.

Em “Saúde mental ao longo da história: navegando na nau dos loucos e aportando no cuidado em liberdade”, realizamos uma abordagem histórica sobre a saúde mental, com foco na realidade brasileira, destacando o Movimento da Reforma Psiquiátrica e sua importância nas conquistas atuais para o cuidado em liberdade. Destacamos os desafios e as possibilidades que se apresentam aos trabalhadores da assistência social no que concerne à intervenção junto a usuários com demandas em saúde mental.

Já no capítulo “Saúde do trabalhador: um mergulho em águas profundas”, analisamos o adoecimento psíquico dos trabalhadores, sendo a produção de desigualdades e o trabalho explorado na sociedade capitalista seus principais elementos fomentadores. A partir da narrativa dos trabalhadores, analisamos de que forma os processos cada vez mais individualizantes, a perda e o desmonte de direitos trabalhistas e as péssimas condições de trabalho das políticas públicas impactam na saúde dos sujeitos.

Por fim, na “Conclusão”, sistematizamos as reflexões realizadas ao longo do texto, apresentamos algumas possíveis alternativas e respondemos ao problema de pesquisa. Nossa tese é de que a principal face perversa da (des)proteção social se manifesta quando se mascara, como garantia de direitos, no intuito de encobrir a divisão da classe trabalhadora, a produção da violência institucional, a inviabilização de acesso e/ou acessibilidade, a manutenção da ordem social imposta, o controle dos corpos vulneráveis, o adoecimento físico e mental da classe trabalhadora e, em casos extremos, a morte.

2 PROCESSOS DE RUALIZAÇÃO: ENTRE O “TODO MUNDO QUE VEM ENTRA” E O “TEM QUE ACOLHER! TEM QUE ACOLHER!”, AINDA NOS “FALTA UM POUQUINHO DE COMPREENSÃO”[28]

2.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: “ACHAR QUE ESSAS MAZELAS ME DEFINEM É O PIOR DOS CRIMES”[29]

Permita que eu fale, não às minhas cicatrizes (oh)
Se isso é sobre vivência, me resumir à sobrevivência (oh)
É roubar o pouco de bom que eu vivi
Por fim, permita que eu fale, não (não) às minhas cicatrizes (oh)
Achar que essas mazelas me definem é o pior dos crimes
É dar o troféu pro nosso algoz e fazer nós sumir. (Emicida).

Precisar, em âmbito nacional e local, o número de pessoas em situação de rua/população em situação de rua (PSR) não é tarefa das mais fáceis. Não há registro oficial sobre essas pessoas, e os censos demográficos nacionais — inclusive o último, realizado em 2022 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) — utilizam como critério para sua base de dados o número de pessoas domiciliadas no território nacional. O conceito de população residente adotada para o censo é “população residente ou ‘de direito’, ou seja, a população é enumerada no seu local de residência habitual. Conta-se todos os moradores residentes em domicílios particulares e coletivos, na data de referência” (IBGE, 2022). Dessa forma, a invisibilidade da população em situação de rua já começa na subnotificação durante o processo de contagem dos sujeitos; consequentemente, as próprias políticas públicas e sociais voltadas para esse segmento da população acabam sendo planejadas e executas a partir de dados inconsistentes.

A contagem oficial dessa população está prevista desde 2009, por meio do Decreto n. 7.053 de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para População em Situação de Rua. Contudo, esse censo nunca ocorreu de forma coordenada em todo o território nacional, limitando-se a algumas iniciativas municipais. O município de Porto Alegre contou com três edições de pesquisa para elencar o quantitativo de PSR. A primeira pesquisa foi realizada em 1995, por meio de parceria entre a FASC, órgão gestor da política de assistência social municipal, e

[28] As falas entre aspas que compõem o título deste capítulo foram extraídas da narrativa dos participantes da pesquisa: duas Trabalhadoras e um Usuário, respectivamente.
[29] Trecho da música “AmarElo” composição de Emicida, Felipe Vassão e DJ Duh, com participação de Majur e Pabllo Vittar.

o Programa de Pós-graduação em Serviço Social da PUCRS. Segundo Gehlen *et al*. (2017), naquele momento, foram identificadas 225 PSR na capital gaúcha. Em 2004, a FASC e o Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (IFCH/UFRGS) realizaram novo levantamento, tendo como foco crianças e adolescentes em situação de rua em seis cidades da região metropolitana de Porto Alegre; a capital contabilizou 637 crianças e adolescentes. Em 2007 e 2008, um novo estudo foi elaborado junto a essa população, sendo identificados 1.203 adultos em situação de rua; já em pesquisa realizada em 2011, foram identificadas 1.347 PSR adultas. Por fim, a última pesquisa do município de Porto Alegre para PSR ocorreu em 2016, contando, mais uma vez, com a parceria entre FASC e IFCH/UFRGS; foram identificadas 2.115 pessoas adultas vivendo em situação de rua na cidade de Porto Alegre (Gehlen *et al*., 2017).

A ampliação do número de pessoas vivendo em situação de rua na última década também foi constatada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), cuja estimativa é que, no ano de 2022, existiam 281.472 pessoas em situação de rua no Brasil (IPEA, 2023). O crescimento do número de pessoas vivendo nas ruas entre os anos de 2012 e 2022 foi de 211%, sendo que o aumento total da população brasileira nessa mesma década foi de apenas 11% (IPEA, 2023). Somente entre 2019 e 2022, o crescimento da população em situação de rua foi de 38% (IPEA, 2023).

A partir de dados coletados pelo *Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua*, vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais, Migliari (2022) apresenta uma série histórica que demonstra o crescimento da PSR em âmbito nacional. Os dados foram extraídos da Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico (CECAD), ferramenta que compila dados do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, e foram analisados pelo próprio *Observatório*. Os dados apontam que, em 2012, municípios de todo o território nacional apresentavam 12.775 PSR identificadas no Cadastro Único. O ápice do número de PSR foi identificado no ano de 2020, totalizando 194.824 PSR em todo o território nacional. Inferimos que a ampliação substancial desse número em 2020 se deve às consequências da pandemia de covid-19, ocorrida naquele ano. Já em 2021, último ano que compõe essa série histórica, foram apontadas 158.057 pessoas em situação de rua no Brasil.

Quanto ao município de Porto Alegre, os dados analisados pelo *Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua* (Migliari, 2022)

também apresentam uma perspectiva de crescimento: em 2012, 775 pessoas se autodeclararam PSR nos dados informados pelo Cadastro Único Municipal. Assim como nos dados nacionais, o ano de 2020 apresenta o maior número de PSR: 3.208. Já em 2021, o número de PSR foi 2.048.

Com já informado, a pesquisa mais recente realizada no município de Porto Alegre sobre PSR é de 2016 (Gehlen *et al*., 2017), a qual repetiu e ampliou metodologia que já havia sido empregada em 2011. Dessa forma, foram identificadas, em 2016, 2.115 PSR, o que representa um aumento de 57% no período de 2011 a 2015 (Gehlen *et al*., 2017). Os dados analisados pelo *Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua* (Migliari, 2022) identificaram que, no ano de 2016, Porto Alegre possuía, nos registros do Cadastro Único Municipal, 1.979 pessoas autodeclaradas como PSR. Embora não seja uma diferença numérica expressiva, a diferença entre os dados denota as dificuldades para identificar essa população e mensurar o fenômeno da PSR em âmbito local e federal, sinalizando a necessidade de metodologias unificadas e abrangentes para a mensuração de um número real.

Por fim, os dados mais recentes disponibilizados se encontram no *Observatório do Cadastro Único* (Brasil, 2025), que possibilita uma análise do perfil e das características das PSR a partir dos dados autodeclarados. Os dados de janeiro de 2025 informam que, naquele mês, o Brasil tinha 297.532 pessoas identificadas no CadÚnico como PSR. Desse quantitativo, o estado do Rio Grande do Sul contava com 14.457 PSR cadastradas; em Porto Alegre, eram 5.430 registros de sujeitos autodeclarados como PSR. A partir desses números, podemos analisar que a População em Situação de Rua com CadÚnico, na capital gaúcha representava 37,5% de toda a População em Situação de Rua do Rio Grande do Sul no momento da coleta dos dados.

Pensando na realidade do Brasil, os motivos que levam as pessoas a morarem na rua são diversos, multifatoriais e complexos, mas dados do *Observatório do Cadastro Único* (Brasil, 2025) elencam os três principais motivos: perda de moradia, problemas com familiares e desemprego, respectivamente. No Rio Grande do Sul, os principais motivos foram problemas com familiares, desemprego e alcoolismo/drogas, respectivamente. No município de Porto Alegre, problemas com familiares foi o principal motivo informado para a permanência em situação de rua, seguido de desemprego e perda de moradia. Os dados quantitativos do *Observatório* vão ao

encontro das narrativas dos sujeitos participantes deste estudo, como veremos a seguir.

É possível perceber que o aumento da população em situação de rua no Brasil é acompanhado em âmbito municipal. Esses dados quantitativos — e sua subnotificação — são elementos que denotam a relevância de discutir a proteção social e as políticas públicas e sociais destinadas a esse segmento populacional. Entendemos a situação de rua como uma das expressões mais agravadas de desigualdade social e uma demonstração limite de até onde pode chegar a desproteção social e a violação de direitos da classe que vive do trabalho.

Historicamente, a política de assistência social tem sido convocada a oferecer respostas para enfrentar vulnerabilidades e riscos sociais vivenciados pelas PSR. Dessa forma, compondo o processo organizativo do SUAS, no que concerne aos níveis de organização da Política de Assistência Social, encontram-se a Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE), de Média e de Alta Complexidade. A perspectiva de hierarquização do SUAS — via PNAS (2004) — em níveis de proteção social, coaduna com o reconhecimento de ocorrência de situações de vulnerabilidades e risco social.

Acerca dos riscos sociais, Sposati (2009) refere que a noção de risco possui múltiplas significações, tendo um conteúdo que é substantivo, um conteúdo temporal e outro que é adjetivo. Segundo a autora, o conteúdo substantivo se refere ao explícito significado de risco, que aqui entendemos como a possibilidade de algum dano ou perigo ocorrer. Seguindo sua reflexão, a autora reitera que o risco possui um desígnio temporal, pois fala do antes — antever, prevenir, se ocupar das possíveis causas do situações de risco — e do depois — danos, sequelas e ocorrência da própria situação de risco. Contudo, é na perspectiva adjetiva que a gradualidade das situações de risco se expressa na Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004). A autora afirma que “a vivência do risco pode ter sequelas mais ou menos intensas, por decorrência da vulnerabilidade/resistência dos que sofrem o risco, como também do grau de agressão vital do próprio risco” (Sposati, 2009, p. 21).

Com relação à vulnerabilidade social, Sposati (2009) refere que será necessário pôr em análise as gradualidades de exposição aos níveis de vulnerabilidade. Ou seja, poderá haver sujeitos mais ou menos expostos a determinado risco, mais ou menos afetados por determinado risco ou com mais ou menos condições de enfrentarem determinado risco. Cabe ressaltar que essas

potencialidades não se manifestam somente no cunho individual, sendo também atravessadas por acessos (e não acessos) a condições objetivas de manutenção da vida, por políticas públicas e pelo próprio modelo de sociedade vigente (essencialmente excludente).

As PSR serão explicitamente citadas na PNAS (2004) como público que deve ser atendido, prioritariamente, pela Proteção Social Especial, entendida como uma

> modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. (Brasil, 2005, p. 37).

Ainda nesse sentido, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (TNSS) de 2009 contempla a PSR na Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSEMC), no Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) e no Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS). No que diz respeito aos Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade (SPSEAC), as PSR são citadas no Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias e para Idosos e Serviço de Acolhimento em Repúblicas para Adultos em processo de saída das Ruas (Brasil, 2009). Atualmente, o município de Porto Alegre conta com nove Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), responsáveis pelo PAEFI e pelo SEAS; três Centros POP; dois Serviços de Acolhimento Institucional para Adultos; uma República para Adultos; e, embora não sejam serviços tipificados, três albergues que possibilitam pernoite para adultos em situação de rua.

Analisamos que a PNAS (2004) e a TNSS (2009), no lócus de atendimento dos serviços, vão relacionar as PSR à Proteção Social Especial, o que, na organização da política de assistência social, as correlaciona à ocorrência de riscos pessoais e sociais, violências e violações de direitos, fragilidade nos vínculos familiares e comunitários, entre outros. Cabe ressaltar que os mencionados documentos norteadores das políticas de assistência social estruturam os atendimentos destinados às PSR considerando, preferencialmente, o enfrentamento de riscos sociais aos quais os sujeitos que compõem essa população estariam expostos. Analisando criticamente esses documentos, entendemos que as PSR não se limitam às vulnerabilidades nem

aos riscos sociais: elas compõem um segmento populacional que confronta a ordem colocada, organiza-se politicamente e não apresenta características homogêneas, representando, de formas múltiplas, o processo de viver nas ruas.

Autores como Prates, Prates e Machado (2011), Machado (2012) e Nunes (2019) vêm apontando a situação de rua como um processo denominado **processo de rualização**. Os autores explicitam que, para pensar as PSR, não podemos nos limitar ao "estado" de situação de rua, mas pensar no "processo" de vivenciar o espaço da rua como espaço de sobrevivência, moradia e socialização. Pensar a rualização como processo amplia nossa perspectiva numa lógica dialética de movimento. Entender a rua enquanto processo é a possibilidade de considerar as potências e as resistências na busca pela superação. Para Prates, Prates e Machado (2011, p. 194) "estar em situação de rua ou habitar a rua é diferente de ser de rua. Vista como determinação, uma situação social pouco apresenta em termos de perspectivas de superação". Dessa forma,

> o termo **processo de rualização** parte de uma concepção oposta, na medida em que o reconhece como processo social, condição que vai se conformando a partir de múltiplos condicionantes, num *continuum*, razão pela qual processos preventivos e a intervenção junto àqueles que estão ainda há pouco tempo em situação de rua parecem ser fundamentais para que se logre maior efetividade em termos de políticas públicas (Prates; Prates; Machado, 2012, p. 194, grifo dos autores).

Os autores destacam a observância da temporalidade em relação aos processos de rualização. Além das ações interventivas junto aos sujeitos que já se encontram em situação de rua há mais tempo, destacam a necessidade de ações preventivas e atenção especial às PSR que se encontram há pouco tempo vivendo nos espaços da rua, o que pode garantir maior efetividade no processo de superação das vulnerabilidades. Podemos compreender que um tempo mais prolongado de experimentação e vivência da situação de rua torna ainda mais desafiadora a saída das ruas.

A partir do conceito de processo de rualização, estabelecemos uma conexão com os escritos de Sposati (2009), que nos mostram que, a partir do caso concreto, podemos identificar não somente as vulnerabilidades e os riscos sociais aos quais as PSR possam estar expostas. A partir da categoria cotidiano e da realidade concreta, a vivência das PSR demonstra a possibilidade de enfrentar os entraves de vivência nas ruas e a eles resistir. Destacamos a narrativa do Usuário 04 sobre sua

participação na 15ª Conferência Municipal de Assistência Social, em 2023, que, naquele ano, tinha como tema “O SUAS que temos e o SUAS que queremos”:

> Usuário 04: Morador de rua está sem coberta. Antes o pessoal da FASC, iam lá visitar o morador de rua, agora que aconteceu esse cara que tá ai...
> Usuário 06: Esse cara quem?
> Usuário 04: o pai do... do...
> Pesquisadora: O presidente da FASC?
> Usuário 04: É! E eu falei com ele. Tu viu que eu falei com ele? Tu viu que eu falei. Eu tava lá. Ninguém foi morador de rua para falar com ele. E eu cheguei nele e apresentei meu negócio: “ô! Sou assim, assim, assim e sou assado... eu quero mais coisas com vocês [...]. O certo mesmo é fazer um vídeo para mostrar para esse cara lá, esse cara lá da FASC, para ele sair para rua. Eles queriam fazer um vídeo. Um vídeo para falar a verdade, do que que está acontecendo e que tem morador de rua morando na rua molhado, sem coberta, não tem nada e o pessoal fica tudo atirado ali.

O Usuário 04 identifica a pesquisadora enquanto trabalhadora da política de assistência social e que também se encontrava na referida conferência municipal como participante e delegada. Em sua fala, o usuário personifica a importância dos processos participativos, consultivos e deliberativos do controle social das políticas públicas como espaço de disputa e resistência. Ele faz isso ao relatar um momento quase que único, no qual pôde se dirigir diretamente ao gestor municipal da política de assistência social e reivindicar melhorias que considerava pertinentes para as PSR naquele momento. Embora haja avanços inegáveis com a execução da política de assistência social pelo SUAS, necessidades humanas básicas, como proteção em caso de intempéries climáticas, ainda não são uma garantia universalizante, como evidenciado na fala do Usuário 04.

Indo ao encontro dessa perspectiva, a Usuária 02 fala sobre uma iniciativa municipal denominada “Operação Inverno”[30], que abre ginásios para pernoite de PSR nos períodos mais frios do ano, assim como amplia vagas em albergues[31] e em serviços de saúde:

---

[30] **“Primeira noite da Operação Inverno acolhe mais de 190 pessoas em Porto Alegre”.** (https://encurtador.com.br/BOtm8)

[31] Os albergues são serviços que, historicamente, constituem a rede para atendimento à População em Situação de Rua no Município de Porto Alegre. Em 2019, o Albergue Municipal, que era estrutura própria do município, teve suas atividades encerradas, permanecendo três albergues mantidos por Organizações da Sociedade Civil em parceria com a prefeitura. Cabe ressaltar que o albergue não é um serviço que consta na TNSS (2009), sendo o serviço tipificado mais próximo o Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias em unidade institucional de passagem. Atualmente, o município de Porto Alegre tem uma “Casa de Passagem” mantida por uma Organização da Sociedade Civil com parceria com a prefeitura.

> Usuária 02: Deveria ter mais abrigos, mais albergues. [...] deveria ter mais espaços. Já que não tem albergues, abrigos, abrir os ginásios que estão fechados, que não estão abrindo, só estão abrindo um... Tesourinha tá fechado. Estão abrindo só um... uma judiaria de tanta gente que tá na rua, eu dormi duas noites lá no [inaudível] eu sei o que é passar trabalho na rua.

A Usuária 02 fala sobre a demanda por ampliação de espaços de Acolhimento Institucional para PSR, seja de forma continuada (abrigos) ou para pernoites (albergues). Essa demanda coaduna com a perspectiva de organização do SUAS para PSR, localizando o atendimento prioritário para essa população nos serviços da Proteção Social Especial (PSE). Nesse caso, também contempla um serviço que se encontra na TNSS, o Acolhimento Institucional Adulto, e outro que se encontra na oferta de serviços do município de Porto Alegre, embora não seja tipificado. Cabe ressaltar que os usuários participantes dos grupos focais reconheciam os serviços destinados para PSR e, por vezes, apresentaram em suas falas a necessidade de sua garantia e acesso enquanto direitos.

As falas dos usuários expressam a necessidade de ampliação dos serviços como um elemento constituinte de enfrentamento e superação da situação de rua. Pensar o processo de rualização é também reconhecer que os vazios de atendimento são elementos que, em muitas situações, contribuem para a permanência dos usuários na situação de rua moradia e/ou sobrevivência.

A partir da compreensão de que a situação de rua é um processo, é preciso entender que a constituição dessa população é heterogênea, assim como suas necessidades e demandas, que extrapolam os muros da política de assistência social. Essa heterogeneidade é reconhecida pela Política Nacional para População em Situação de Rua (Brasil, 2009), que compreende as PSR 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, e que utiliza 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).

O processo de rualização se concretiza por meio de vulnerabilidades e processos de exclusão social a que esses sujeitos estão expostos. A pobreza extrema e a inexistência de moradia convencional são elementos marcantes para a caracterização desses sujeitos.

Mas expressando desigualdades, a vida e a sobrevivência nas ruas também são atravessadas por rebeldia e processos de resistência. Segundo a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (Brasil, 2008), esse grupo populacional "**faz das ruas seu espaço principal de sobrevivência e de ordenação de suas identidades**" (grifos nossos). Ou seja, o processo de rualização impacta na constituição da subjetividade e da identidade dos sujeitos. Dessa forma, pensar a identidade da população em situação de rua para além das suas vulnerabilidades sociais é pensar em histórias de resistência e de luta pela garantia de direitos. Nos termos da poesia do rapper Emicida (2019), "se isso é sobre vivência, me resumir à sobrevivência / É roubar o pouco de bom que eu vivi".

A resistência das PSR se manifesta na própria concretização do Decreto n. 7.053 de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para População em Situação de Rua. A promulgação desse documento contou com esforços de luta do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), que surgiu a partir de organização popular após o cruel assassinato de um grupo de pessoas que dormia na praça da Sé, no município de São Paulo, no ano de 2004. Trata-se de um movimento social com organizações sociais, instituições de acolhimento de pessoas em situação de rua ou que tenham vivenciado a situação de rua — alguns de seus membros são sobreviventes do massacre da Sé (Lemões, 2019).

A ampliação no campo dos direitos e o reconhecimento do MNPR contribuíram para visibilidade de PSR, possibilitando que fosse

> se constituindo um emergente e cada vez mais complexo campo de intervenção, reflexão, proposição e mobilização social: políticas públicas específicas, espaços nacionais e regionais de participação (conferências, conselhos, comitês), monitoramento e avaliação das políticas; programas voltados ao recebimento e registro de denúncias de violação de direitos; campanhas nacionais contra remoções e internamentos forçados; pesquisas censitárias encomendadas por diferentes esferas de governo; projetos de pesquisa e extensão universitária, monografias, teses e dissertações acadêmicas; reportagens e documentários, encontros, seminários, audiências públicas, reuniões e muito, mas muito debate entre atores extremamente diversos em suas motivações e pertencimentos institucionais, que passaram a integrar o contingente de apoiadores e de militantes em "situação de rua" engajados no MNPR. Hoje, a formulação de todos esses instrumentos governamentais de garantia de direitos e de combate às violações são comemorados por integrantes do MNPR como conquistas históricas, que possibilitaram o reconhecimento de uma população antes invisível aos órgãos governamentais e à sociedade (Lemões, 2019, p. 124-125).

O MNPR, ao longo do desenvolvimento de sua atividade na defesa dos direitos das PSR, tem atuado em várias frentes de promoção e defesa dos direitos desse grupo populacional. A necessidade de ações específicas para atender as PSR com reflexão e mobilização — em especial nos espaços de participação e controle social, como as Conferências e os Conselhos de Políticas Públicas — tem sido uma das principais bandeiras levantadas pelo movimento ao longo dos anos. A realização de uma pesquisa censitária em âmbito nacional também ratifica a necessidade de dados mais fidedignos quanto ao número de sujeitos em situação de rua e suas reais condições de vida. O MNPR tem contribuído para conquistas históricas em termos de aparatos legais, políticas públicas, campanhas e serviços voltados para PSR.

Outro exemplo de organização e manifestação em prol das PSR, mas em âmbito local, é o jornal *Boca de Rua*, sediado em Porto Alegre. Trata-se de um jornal-manifesto organizado por pessoas com trajetória de situação de rua no município. Nesse jornal, são incluídas pautas consideradas relevantes para a causa, assim como denúncias de violações de direitos vivenciadas pelas PSR. Conforme explicitado no site do jornal,

> quando os integrantes do Boca se reúnem, eles formam uma roda. Ninguém fica na frente de ninguém. Todos podem se olhar nos olhos da mesma distância. Em 18 anos de vida, passamos por muita coisa juntos. JUNTOS, essa é a palavra que nos define. Tivemos momentos difíceis e ainda temos. Sofremos perseguições e preconceitos, fomos acusados de muita coisa, perdemos apoios e, o pior, perdemos muitos amigos que foram assassinados ou morreram por causa da péssima assistência oferecida para os moradores de rua. Denunciamos cada uma dessas injustiças. Mas também falamos coisas boas, sobre a cidade, nossa cidade. Porque, como qualquer morador de Porto Alegre, também somos cidadãos. (Jornal Boca de Rua, [s/d]).

O processo de criação do jornal *Boca de Rua* explicita a necessidade de organização coletiva por parte das PSR que compõem essa produção jornalística. No excerto apresentado, verificamos que a horizontalidade e o trabalho conjunto são os princípios norteadores dos sujeitos que elaboram o jornal. Ainda no site, os jornalistas e editores do *Boca de Rua* se intitulam “doutores em Ruaologia”, identificada por eles como a “ciência que estuda os saberes do viver na rua” (Jornal Boca de Rua [s/d]). Um exemplo de pauta-denúncia que foi capa do jornal foi a vivência das PSR na tragédia da Pousada Garoa e nas enchentes de maio de 2024 em Porto Alegre, como pode ser verificado na Figura 1.

Figura 1 – Capa do jornal *Boca de Rua*, edição número 87, de junho, julho e agosto de 2024.

Fonte: Jornal Boca de Rua. Disponível em: https://jornalbocaderua.wordpress.com/category/edicoes/ Acesso em: 31 jan. 2025.

A mensagem-manifesto escrita no tapume que isola os escombros do prédio da Pousada Garoa, *"Entre a água da enchente e o fogo da garoa"* (Figura 1), denota e escancara a crítica explicita à desproteção social vivida por quem, cotidianamente, tem a rua como espaço de moradia e sobrevivência. Destacamos a necessidade de que se mantenham as lutas e o enfrentamento à realidade excludente para a garantia efetiva dos direitos das PSR. Iniciativas como o MNPR e o jornal *Boca de Rua* são

exemplos de resistência e denúncia de dificuldades e da violação de direitos que essa população sofre. A resistência e a luta da população usuária das políticas de saúde mental e da assistência social pelo efetivo acesso e acessibilidade aos serviços ocorrem cotidianamente, como veremos na próxima seção.

2.2. ACESSO E ACESSIBILIDADE: “SE EU SAIR DAQUI, SE EU FOR DESLIGADO DAQUI, EU NÃO TENHO PARA ONDE IR”[32].

As políticas de assistência social e de saúde mental têm caráter universalizante, o que explicita a possibilidade de seu “acesso” por toda a população brasileira, sem distinção. Porém, a acessibilidade aos serviços nem sempre se efetiva. À primeira vista, as palavras acesso e acessibilidade parecem possuir significados idênticos. Bellini e Marques (2017) referem que os significados são “tênues e se atravessam. Para alguns autores, são sinônimos; para outros, mesmo não sendo sinônimos não guardam antagonismos” (Bellini; Marques, 2017, p. 35). As autoras também salientam que “acesso”, termo relevante para política de saúde, é utilizado para caracterizar as múltiplas portas de entrada à rede de serviços em suas diferentes complexidades. O acesso também estaria relacionado com a oferta e a disponibilidade dos serviços à população (Bellini; Marques, 2017).

Mas apenas a disponibilização de serviços e equipamentos públicos, sejam eles da política de saúde ou da política de assistência social, seria suficiente para garantir o acesso da população? Nessa indagação, o conceito de acessibilidade nos auxilia a compreender que pode haver outros entraves para a garantia do acesso. Nesse sentido, Bellini e Marques (2017) traduzem acessibilidade como “parte das dimensões do acesso, que se expressam como distância, tempo e custo e ainda como características da população atendida e sua relação com os serviços” (Bellini; Marques, 2017, p. 36). Ademais, a luta das pessoas com deficiência (PCDs) e o avanço nas discussões teóricas e legais sobre seus direitos também se destaca na conceituação de “acessibilidade”. Segundo a Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência, a acessibilidade é compreendida como

[32] O título deste subcapitulo foi extraído da fala do Usuário 11, participante da pesquisa.

> possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (Brasil, 2015).

A acessibilidade amplia a perspectiva de acesso ao sinalizar uma série de elementos que condicionam o acesso. A acessibilidade perpassa a capacidade que os serviços e as políticas públicas têm de acolher as determinadas particularidades, especificidades e subjetividades dos sujeitos. Ao contrário do que comumente imaginamos, a garantia de acessibilidade vai muito além dos espaços físicos. A comunicação efetiva, o acolhimento e a escuta dos sujeitos sobre suas demandas e necessidades perfazem um espaço acessível e com acessibilidade. Estando a acessibilidade incluída no acesso, complementamos que

> o acesso não é a garantia de acessibilidade, talvez aí esteja a diferença que pode gerar mais produção de doença e até a morte em grupos específicos. A acessibilidade, além das "dimensões socioecômicas, geográficas, culturais, e políticas do contexto social e assistencial" (Castellanos; Guimarães, 2012, p. 1008), se expressa e se efetiva na interface dessas dimensões, que podem se configurar como barreiras, ou não, para a satisfação das necessidades da população que busca os serviços. A partir dessa reflexão, considera-se que a instauração do acesso não garante a instauração da acessibilidade, porém o contrário não é possível, pois a acessibilidade só se dará diante da garantia de acesso (Bellini; Marques, 2017, p. 36).

As autoras enfatizam que o acesso não se traduz, por si só, enquanto garantia de direitos e produção de saúde. Embora elas enfatizem esse entendimento a partir da perspectiva da política de saúde, entendemos que isso também é valido para a política de assistência social. A chegada, o acesso e o atendimento nos serviços de saúde e de assistência social são apenas um primeiro passo para a população usuária; por vezes, a manutenção dos atendimentos e acompanhamentos se manifesta como desafio. Podemos ilustrar isso a partir do excerto da narrativa do Usuário 11, que, no momento da realização do grupo focal, encontrava-se acolhido em um Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos:

> Usuário 11: Muitas vezes, falta um pouquinho de compreensão, das assistentes sociais daqui, das técnicas que... a gente aqui é ser humano. Todo mundo que está aqui é porque tenta melhorar. Cada pessoa que está aqui, está por um motivo diferente. Saúde... sei lá, foi usuário [de drogas], desemprego..., mas às vezes a pessoa... sei lá, tenta se superar, mas nessa vida tem uma coisa que acontece do nada e atrapalha... tentando fazer... tem uma recaída né? Entra em uma depressão...

Em sua fala, o Usuário 11 analisa as múltiplas motivações que podem levar uma pessoa para a situação de rua. Destaca o adoecimento mental — depressão, uso de substâncias psicoativas — e o desemprego como elementos de desproteção que culminam no processo de rualização. Ele salienta a “falta de compreensão” por parte das trabalhadoras de nível superior que atuam no acolhimento como um dos elementos negativos daquele espaço. No seu ponto de vista, suas particularidades e vulnerabilidades não estão sendo compreendidas pelo grupo de trabalhadores que lhe presta atendimento. Ele continua:

> Usuário 11: E a única coisa que eu percebi que ainda tem muito por melhorar são essas questões de que precisa ser um pouquinho mais compreensivo e saber entender que cada um de nós aqui são humanos e tem defeitos. Outro dia teve um grupo aqui com a minha técnica e ela chamou atenção de cada um de nós. E eu sei que cada um que está aqui tenta se superar, tenta se esforçar mais. Mas não é fácil né? E aí então... se eu sair daqui, se eu for desligado daqui, eu não tenho para onde ir. Aí eu vou ter que voltar para um albergue e vou continuar nessa.

O Usuário 11 segue narrando sua percepção e seu sentimento de falta de compreensão por parte da equipe técnica do acolhimento institucional quanto ao alcance das metas e objetivos de seu plano de acompanhamento. Sua fala denota receio de ser desligado do serviço caso não atinja os objetivos, demandando ser mais bem compreendido em suas limitações e dificuldades no processo de superação da situação de rua. O medo do desligamento do Serviço de Acolhimento Institucional era recorrente na fala do Usuário 11, a qual também sinalizava as relações de poder institucional reproduzidas entre trabalhadores e usuários. Ele temia que, ao ser desligado, voltasse ao circuito de peregrinação entre albergues para pernoite e Centros POP durante o dia, o que lhe dificultaria a manutenção de um trabalho fixo. A partir da fala do Usuário 11, verificamos que houve garantia de acesso ao serviço, mas sua acessibilidade foi prejudicada pela dificuldade de leitura e compreensão, segundo ele, de suas necessidades por parte da equipe.

O acesso aos serviços, embora caracterizado como universal, também é um desafio. O Usuário 03 nos narra sua percepção sobre o acesso ao Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS):

> Usuário 03: Hoje eu sou atendido no [...] CAPS AD e o CREAS que eu fui lá, não deixaram nem eu passar da porta. Que não podiam me atender. Aí eu fui

> ao [Serviço de Abordagem Social] diz que não atendia, que só pegava pessoal da rua... Aí tu sabes como é que eu consegui? A pousada que eu estou? Que eu estou faz 01 ano? Porque eu estava vendendo bala na rua e vêm passando “dois jalecos verdes” do [Serviço de Abordagem Social] e eu puxei eles pelo braço até que eu consegui falar com eles. Marcaram uma consulta com assistente social e aí deu. Fim. Mas se eu não fizesse isso, eu estava na rua até hoje. E outra! Eu acho muito errado essa história deles abordarem na rua... pô tem tanta gente que tá na rua e não vê eles. Ninguém vê o [Serviço de Abordagem Social]. Apesar de andar sempre de dois de três de quatro..., mas mesmo assim... e eles ajudam assim, no caso, no meu caso... lá tem a minha Técnica de Referência e ela é muito interessada, ela me ajuda bastante, me orienta, a gente conversa, a gente tem um bom relacionamento assim. Eu acho muito importante.

Os “dois jalecos verdes” mencionados pelo Usuário 03 faz referência ao uniforme comumente utilizado pelos trabalhadores das equipes do SEAS do município de Porto Alegre, também conhecido como “Ação Rua”[33]. A estratégia adotada pelo Usuário 03 para ter suas necessidades reconhecidas e conseguir acessar o serviço se caracteriza por uma inversão de papéis: conforme narrado pelo usuário, é ele quem efetiva uma “abordagem” à equipe. O protagonismo do sujeito se manifesta em sua inconformidade, pois, mesmo após não ter recebido atendimento em um CREAS, procurou criar estratégias para ter sua demanda reconhecida pela equipe de abordagem social: *“puxei eles pelo braço”*. Dado o acesso, entendemos que o pertencimento e a manutenção do acompanhamento ocorrem a partir da acessibilidade, haja vista que o vínculo se constitui na constatação de que a profissional de referência do usuário é *“muito interessada, me orienta e a gente conversa”.* Analisamos, então, que, após o atendimento pelo serviço — não efetivado anteriormente na tentativa de acesso espontâneo ao CREAS —, a acessibilidade é construída a partir da capacidade de escuta das necessidades do usuário e do encaminhamento para espaço de permanência fora da rua.

A percepção das nuances que separam o entendimento de acesso e acessibilidade também estão presentes na política de saúde mental, como podemos

[33] Pela Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009), o Serviço Especializado de Abordagem Social é oferecido como parte dos serviços constantes na Média Complexidade e vinculados ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Em Porto Alegre, o Serviço de Abordagem Social para Crianças e Adolescentes já atuava no atendimento de demandas referentes a situações de rua, moradia e trabalho infantil por meio de Organizações da Sociedade Civil (OSCs), antecedendo o SUAS e conhecido como “Projeto Ação Rua”. Em 2015, essa terceirização foi expandida para o Serviço de Abordagem Social Adulto, que, até então, vinha sendo executado pelas equipes dos nove CREAS de Porto Alegre. Hoje, 11 equipes de diferentes OSCs atuam nos Núcleos de Serviço de Abordagem Social Adulto, tendo como referência territorial e de gestão cada um dos nove CREAS de Porto Alegre.

verificar na fala da Usuária 13, que nos conta sobre os seus atendimentos na Rede de Atenção Psicossocial:

> Pesquisadora: E tu disseste que passou pelo hospital [e teve uma internação psiquiátrica]. Tu fazes algum outro acompanhamento?
> Usuária 13: Eu tenho psiquiatra, lá na [Equipe de Saúde Mental Adulto – ESMA], e não tenho psicóloga.
> Pesquisadora: E como é lá no ESMA?
> Usuária 13: Está sempre vazio quando eu vou lá. Eu vou na psiquiatria. A gente agenda e eu vou lá no horário e deu. Eu vou lá só para olhar para a cara dele porque ele não fala nada. Toda a hora eu estou com sono. Aí ele vai e aumenta a medicação (dá de ombros).

Na fala da Usuária 13, observamos que seu direito de acesso à política de saúde mental foi efetivado a partir dos atendimentos do médico psiquiatra da equipe. Contudo, quando a Usuária 13 narra que comparece ao serviço ambulatorial (Equipe de Saúde Mental Adulto – ESMA) apenas para renovação de receitas e ajuste das doses de medicação, o relato nos aponta um atendimento esvaziado de sentido. Embora o atendimento com profissional de medicina se constitua como fator importante para o direito à saúde, percebemos, com a análise dessa fala, impessoalidade e invisibilidade, sem maior garantia de integralidade no cuidado. Dessa forma, percebemos que, embora haja acesso à saúde mental, a acessibilidade, que poderia ser garantida por meio de um acompanhamento integral do sujeito junto a uma equipe multiprofissional ou interdisciplinar, possibilitando intervenções mais integrativas, fica prejudicada.

Reiteramos o nosso compromisso de não incorrer em análises que culpabilizem o trabalho ou os trabalhadores executores terminais das políticas públicas, os quais, muitas vezes, encontram-se em condições inadequadas para a realização do trabalho, como demandas acima dos limites da capacidade de atendimento dos serviços e, em muitos casos, processos de adoecimento decorrente do trabalho desenvolvido (esse tópico será aprofundado no capítulo 5). A afirmação das duas trabalhadoras que compõem o título deste capítulo, *“Todo mundo que vem entra”,* traduz a demanda excessiva que ultrapassa uma condição justa e adequada para concretização de um serviço com atendimento do tipo “portas abertas”. O serviço se encontra muito aquém da capacidade e recursos — inclusive da força de trabalho — para atender a demanda espontânea; ademais, “*tem que acolher, tem que acolher!”* estabelece uma crítica ao modelo de Acolhimento Institucional Adulto que, também insuficiente, constantemente sofre pressão para ingresso de novas PSR no serviço. Ressaltamos que há desafios

para a concretização desse trabalho, que vislumbra a garantia de proteção social, decorrentes de condições de trabalho impróprias para a produção de proteção social. Dessa forma, por vezes, na fala dos usuários, a responsabilização e a culpabilização pela inoperância dos serviços recaem sobre os trabalhadores.

Observamos que, historicamente, a proteção social pensada para a população em situação de rua é relacionada a serviços e unidades que compõem a política de assistência social. Outras políticas públicas essenciais para intervenção, compreensão e superação do processo de rualização surgem em segundo plano. A habitação, a saúde e a saúde mental são colocadas, pelos órgãos gestores, como políticas complementares no atendimento desses sujeitos.

As demandas em saúde mental podem ser relacionadas com dados obtidos por Gehlen *et al*. (2017), os quais apresentam alguns elementos que caracterizam a população em situação de rua:

> os motivos para a ida para a rua são muitos diversos. Desde os relacionados à instabilidade afetiva e econômica, a violência familiar, ao uso de álcool/drogas (24%) e outras situações diversas, gerando impactos pessoais. Se considerarmos que as “separações e decepções amorosas”, os “maus tratos na família”, “não se sentir bem com a família”, a “morte de algum familiar”, o “envolvimento da família com o tráfico de drogas” e o “uso de drogas ou o alcoolismo na família de origem” são situações que envolvem pessoas próximas e/ou do núcleo familiar de origem, verificamos que 32,5% das motivações explicitadas envolveram questões de conflitos de ordem familiar (Gehlen *et al*., 2017, p. 33).

Os pesquisadores identificaram que os próprios sujeitos consideraram significativo o uso de álcool e drogas como motivo para a vivência em situação de rua (24% dos participantes da pesquisa). Se somarmos esse dado a outros dois encontrados no estudo, de que 2,9% relacionam a ida para rua com “uso de drogas/alcoolismo na família de origem” e 1,1% com estar doente (Gehlen *et al*., 2017), temos um total de 28% de pessoas em situação de rua atribuindo sua situação de rua moradia a aspectos diretamente relacionados a questões de saúde. Aprofundando os dados sobre a saúde da população em situação de rua, Gehlen *et al*. (2017, p. 36) identificaram que

> o agravamento maior por eles percebido refere-se à dependência química/álcool, que passou de 40,1% em 2008 para 49,6% em 2011 e 58,1% em 2016. O segundo maior problema de saúde ressaltado se refere aos dentes ou saúde bucal (47,8%) apresentando pequena diminuição. Na

> sequência, aparece o que genericamente foi denominado de dores no corpo (43,7%), que manteve um percentual semelhante ao observado em 2011.

Os próprios sujeitos que participaram da pesquisa de Gehlen *et al*. (2017) elencam o uso de álcool e outras substâncias psicoativas como elemento fomentador de adoecimento. Os pesquisadores identificaram o que "cigarro [é] consumido por 51,8% todos os dias, seguido por bebidas alcóolicas, consumidas diariamente por 24,6% e por 36,9% não cotidianamente. As drogas ilícitas mais consumidas são maconha e crack" (Gehlen *et al*., 2017, p. 37, adaptado). O uso de álcool é apresentado como principal substância psicoativa utilizada pelos participantes da pesquisa e seu uso problemático um dos elementos que levaram os sujeitos para a situação de rua. Os dados de 2016 corroboram um estudo mais antigo de Pagot (2012), no qual a autora refere que, em 2006, por meio do cadastro de 200 usuários no Programa Saúde da Família Sem Domicílio[34] de Porto Alegre, foram identificados os seguintes transtornos mentais: "dependência química – álcool (61%); nicotina (42%) e substâncias psicoativas (23%); ansiedade – 16%; retardo mental moderado – 15%; esquizofrenia – 10,5%; depressão – 7%; bipolaridade – 1%" (Pagot, 2012, p. 90).

Mesmo com 10 anos de intervalo entre os estudos (2006-2016), o uso de substâncias psicoativas legalizadas e não legalizadas ainda se configura como elemento de destaque para se pensar a saúde mental das PSR. O uso de álcool e outras drogas tem um significativo estigma moralizante, havendo dificuldade, entre os próprios usuários, para compreender o uso de drogas e álcool como um aspecto de saúde mental. Aqui também verificamos entraves para o acesso e a acessibilidade, pois o acesso a esses serviços contempla, necessariamente, um entendimento da população usuária sobre esse aspecto como uma demanda de saúde mental, e a acessibilidade perpassa esse (re)conhecimento. O estigma e a moralização acerca dos usuários de substâncias psicoativas podem ser verificados na fala do Usuário 03, quando ele narra como eram as condições de habitabilidade de uma pousada com parceria com o município de Porto Alegre:

---

[34] A partir da promulgação da Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, o Programa de Saúde da Família (PSF) passa a se constituir enquanto Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo instituídas as Equipes de Consultório na Rua; então, ocorre o reordenamento do Programa de Saúde da Família Sem Domicílio em Porto Alegre.

> Usuário 03: Muito drogado [inaudível]. Tu andas nos corredores tu sente o cheiro da droga, da pedra. Tu tá deitado na cama e tu sente o cheiro... [aponta para parede como se indicasse uma placa] “Proibido fumar cigarro dentro da pousada” pfff. Fumar cigarro não pode, mas fumar maconha pode.

Ainda na perspectiva do acesso e da acessibilidade aos serviços de saúde mental e assistência social, com relação aos usuários de álcool e drogas, percebemos que as práticas e regras que exigem a abstinência total do uso, pode se colocar como outra barreira para a garantia de acesso e acessibilidade. O trabalho na lógica da redução de danos, que possui uma postura ética de trabalho com os usuários pressupondo o respeito a escolha dos sujeitos acerca de práticas que possam lhe provocar algum dano, refletindo sobre essas práticas sem uma lógica proibicionista ou que culpabilize, ainda não é uma unanimidade nas práticas profissionais na saúde mental ou na assistência social.

Por vezes, os processos entre a política de saúde mental e a política de assistência social que podem contribuir para o acesso e a acessibilidade da população usuária, bem como para um atendimento mais integral das demandas da população, esbarram em burocracias institucionais e na falta de fluxos de atendimento. Ademais, a população usuária, por vezes, busca estratégias para garantir o atendimento nos serviços de maneira pouco convencional. O excerto a seguir demonstra como um usuário atendido pelo Centro POP encontrou uma forma de ser acolhido nos albergues do município: via atendimento pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA):

> Pesquisadora: O serviço de abordagem social de rua... Vocês já receberam alguma abordagem?
> Usuário 09: Eu já! Eu ligo 156 e recebo abordagem.
> Pesquisadora: Ah, tu ligas e solicitas uma abordagem para ti mesmo?
> Usuário 09: Quando eu não tô em albergue, aí eu ligo. Quando eu tô longe do albergue, eu ligo e (faz som de assobio). Mas não pode ser eu! Tem que ser outra pessoa para ligar 156, para explicar a situação e eu recebo a abordagem. “Ah qual é a situação que ele tá? Ah fala para ele aguardar no local. Só ele aguardar no local que se tiver vaga a gente vai pedir abordagem e vai mandar o carro”.
> Pesquisadora: E quem é que liga para ti?
> Usuário 09: Sempre é a UPA! A UPA do [...] lá. A enfermeira.

No município de Porto Alegre, o telefone 156 é uma Central de Atendimento do Cidadão por meio do qual os munícipes podem solicitar encaminhamentos para uma série de serviços municipais. Entre eles, há possibilidade de solicitar uma abordagem social para PSR por meio de atendimento com equipes da política de assistência social. Esse serviço foi idealizado para atender as PSR a partir do atendimento no

lócus da rua, feito por equipes de abordagem social de adultos, criança e adolescente e pela equipe do albergue, que convida a PSR para pernoite e ingresso no serviço caso haja vagas.

O Usuário 09 nos narra que identificou esse funcionamento dos serviços e passou a utilizar a estratégia de demandar abordagens de rua para si próprio, a fim de acessar uma das vagas destinadas ao acolhimento em albergue sem, necessariamente, precisar entrar na fila de atendimento. A falta de fluxos de atendimento entre a política de saúde e de assistência social, bem como a elevada demanda e o número reduzido de serviços, em ambas as políticas, exige que a população usuária se valha de estratégias alternativas para acessar os serviços. Não se trata de enaltecer ou recriminar estratégias adotadas por usuários e trabalhadores, mas de reconhecê-las e analisar quais caminhos podem ser traçados de forma diferente e mais condizente com a garantia de proteção social para as PSR.

Neste capítulo, abordamos a heterogeneidade da população em situação de rua, as dificuldades para caracterizar e quantificar esses sujeitos — seja em âmbito municipal ou federal — e o significativo aumento, nos últimos anos, de pessoas habitando ruas e marquises das grandes cidades. Discutimos a percepção dos usuários acerca dos serviços disponibilizados para PSR no município de Porto Alegre, assim como a necessidade de ampliação dos serviços disponibilizados para essa população e de garantia de condições de acessibilidade aos serviços que já existem.

Destacamos que a população em situação de rua não somente representa a materialização de desproteção social nas suas vivências, mas também se utiliza de estratégias de protagonismo e resistência, seja no atendimento cotidiano nos serviços, em participação em conferências municipais ou na organização de movimentos sociais como o MNPR. No próximo capítulo, discutiremos os sistemas de proteção social ao longo da história, com foco na realidade brasileira, e perceberemos que os (poucos) avanços de proteção social para a classe que vive do trabalho demandaram luta, resistência e inconformidade dos trabalhadores.

3 PROTEÇÃO SOCIAL: NÃO HÁ BOTES SALVA-VIDAS PARA TODOS

3.1 PROTEÇÃO SOCIAL NO CAPITALISMO

É um mundo cão pra nós, perder não é opção, certo?
De onde o vento faz a curva brota o papo reto
Num deixo quieto, não tem como deixar quieto
A meta é deixar sem chão quem riu de nós sem teto
[...]
Vovó diz: Odiar o diabo é mó' boi
Difícil é viver no inferno e vem à tona
Que o mesmo império canalha
Que não te leva a sério
Interfere pra te levar à lona
Então revide [...]. (Emicida).

As expressões de proteção e desproteção social se modificam ao longo da história, com períodos mais refratários e alguns avanços e direitos conquistados pela classe trabalhadora. Conhecer e compreender os processos históricos da proteção social no capitalismo, bem como os sistemas de proteção social e as mudanças históricas na formulação das políticas públicas e políticas sociais, é de extrema importância para que possamos realizar uma análise desses aspectos na constituição da realidade contemporânea. Dessa forma, ao longo deste capítulo, apresentamos um resgate histórico dos modelos de proteção social em geral, mas destacando a realidade brasileira e analisando a política de assistência social e a política de saúde enquanto políticas de proteção (ou desproteção) social.

Os processos de produção de desigualdade são elementos constituintes do capitalismo e intrínsecos a ele. A separação da sociedade em classes, em que os detentores dos meios de produção acumulam riqueza e os sujeitos pertencentes à classe proletária sobrevivem pela venda de sua força de trabalho — que é a grande maioria da população —, é uma relação de coexistência ambivalente. Conforme Marx e Engels,

> a condição essencial para a existência da classe burguesa é a concentração de riqueza nas mãos de particulares, a formação e a multiplicação de capital; a condição de existência do capital é o trabalho assalariado. Este se baseia na concorrência entre os trabalhadores. (Marx; Engels, 1998, p. 20).

Ou seja, a base material para a existência e a manutenção desta sociedade é a própria existência da exploração do homem[35] pelo homem. O que fundamenta a existência do capitalismo é os detentores dos meios de produção acumularem e centralizarem as riquezas produzidas socialmente. Além disso, o capitalismo só pode se manter com o assalariamento de uma expressiva parcela da população, que encontrará na venda de sua força de trabalho sua única forma de subsistência. Os elementos constitutivos da sociedade capitalista são, portanto, os elementos fundantes da produção de desigualdade social. Para que haja produção de riqueza e acumulação de alguns poucos, é necessário o empobrecimento da maioria. Segundo Marx,

> o trabalhador torna-se mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador torna-se uma mercadoria tanto mais barata, quanto maior número de bens produz. Com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens. (Marx; 1993, p. 159).

Com base nesse excerto, pode-se inferir que o processo de desenvolvimento do capitalismo ao longo dos séculos também é elemento de ampliação do empobrecimento da classe trabalhadora e do abismo existente entre burguesia e proletariado. Contraditoriamente, o avanço da produção e da riqueza não reflete melhorias para a classe que vive do trabalho. A coisificação dos sujeitos, sua desvalorização e seu empobrecimento são reflexo da expansão da produção e do acúmulo de riqueza.

Coadunando as colocações de Marx, Iamamoto (2007) apresenta o conceito de questão social como

> o conjunto das expressões de desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. [...] Questão Social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem. (Iamamoto, 2007, p. 27-28).

A autora conceitua desigualdades sociais como um fenômeno invariavelmente relacionado à privatização da riqueza socialmente produzida. Cabe ressaltar que a vivência dessas desigualdades não corre de maneira passiva pelos trabalhadores.

[35] "Homem" deve ser entendido como generalização do gênero humano.

Com avanços e refrações históricas, as desigualdades vivenciadas pela classe trabalhadora são enfrentadas com resistência, rebeldia e não aceitação das condições de vida que lhe são impostas.

Por ser a exploração da classe que vive do trabalho o expoente de maior riqueza no capitalismo, é necessário que haja equilíbrio entre a “extração” da mão de obra do trabalhador e a manutenção de sua capacidade de subsistência. Ao longo do desenvolvimento e amadurecimento do capitalismo, o Estado foi paulatinamente, convocado a oferecer respostas que fossem ao encontro da reprodução da força de trabalho. Essas respostas são fruto não somente dos interesses do capital, mas também, como já apontado, de lutas históricas e da mobilização da classe trabalhadora. Segundo Pereira (2016),

> várias formas de proteção social se apresentaram e se sucederam na história, em grande parte de inspiração piedosa, tais como a caridade, como virtude cristã; e a beneficência, filantropia e assistência privada como virtudes altruísticas ou deveres morais de ajuda voluntária e solidária aos desvalidos. Aos que desenvolviam essas formas elementares e indiferenciadas de proteção, e outras mais diferentes e específicas, que surgiram posteriormente, parecia que o destino da humanidade seria outro: o de que a riqueza produzida pelo trabalho humano não seria desfrutada por todos, mas por quem detinha os meios de produção e, consequentemente, poderes econômicos e políticos para se apropriar privadamente do produto coletivo desse trabalho. Logo, a divisão da sociedade em classes diferentes, como pré-requisito para a instauração de desigualdades sociais, tornou-se aceitável, quando não defendida, a ponto de contar com ideologias e teorias influentes que a justiçavam, como as de cunho (neo)liberal. (Pereira, 2016, p. 22).

As desigualdades sociais se apresentam, então, como um reconhecido produto do processo de formação do capitalismo. A apropriação privada da riqueza socialmente produzida pressupõe o reconhecimento de que existem não somente poderes econômicos, mas também poderes políticos. Seja por meio de práticas de benesse e exercícios de caridade, seja pelo fortalecimento de um Estado neoliberal voltado a responder aos interesses do mercado, conclama-se que o Estado responda aos processos de produção de desigualdades com políticas públicas — em especial, políticas de proteção social.

Pereira (2009) rememora os Estados nacionais europeus como convocatória inicial do Estado para responder às manifestações de pobreza. Nos séculos XV e XVI, havia as Leis dos Pobres (*Poor Laws*), definidas por Pereira (2009) como a pré-história do Estado de Bem-Estar (*Welfare State*). Segundo a autora, a *Poor Law* fora

implementada para regular o fenômeno da pobreza “com mãos de ferro”. Montãno (2012) explana que,

> na Inglaterra, promulga-se a Lei dos Pobres (*Poor Law*), em 1601, que “instituía um aparato oficial, centrado nas paróquias, destinado a amparar trabalhadores pobres, sob o auspício da taxa dos pobres” (cf. Duayer e Medeiros, 2003, p. 241; também Martinelli, 1991, p. 33 e 55) Isto é, “durante os dois séculos de vigência dessa legislação, a Inglaterra cuidou do pauperismo através da ‘beneficência’ pelo caminho burocrático” (Duayer e Medeiros, ibidem) (Montaño, 2012, p. 273).

As manifestações de pobreza vivenciadas pela população começavam a ocupar lugar de preocupação na sociedade capitalista. A realidade inglesa demonstra que as práticas de benemerência caritativas, centradas em paróquias e igrejas, começavam a instituir suas práticas. Contudo,

> a instituição das Leis dos Pobres (*Poor Laws*) [...] garantia um apoio mínimo, redirecionando os indivíduos pobres e ociosos, que já viviam condições desumanas nas ruas, para instituições como as casas de trabalho (*workhouses*), onde eram sujeitados a circunstâncias de punição e violência. (Souza; Oliveira, 2020, p. 306-307).

Souza e Oliveira (2020) expressam que, para além da organização burocrática da caridade, a Lei dos Pobres marca o início do controle dos corpos pauperizados, estabelecendo práticas de trabalho forçado, perseguição, violência e prisão. Embora tenham suas raízes nos séculos XV e XVI, a perseguição e a culpabilização dos sujeitos em razão de sua condição de pauperismo se atualiza ao longo dos séculos, encontrando-se presente, inclusive, nos sistemas de proteção social da contemporaneidade. Em nossos dias, a criminalização da pobreza se expressa em prisões arbitrarias de sujeitos pauperizados, criminalização do uso de substâncias psicoativas, higienismo social, perseguição a pessoas que se utilizam dos logradouros públicos como espaço de moradia, chacinas em comunidades vulnerabilizadas, entre outros. O passado se reatualiza no presente com a perseguição e a culpabilização dos sujeitos por causa de suas condições de vida.

Pereira (2009) enumera alguns elementos históricos sobre o tema, enfatizando transformações ocorridas ao longo do século XIX que contribuíram para pavimentar o advento de sistemas de proteção social. Para a autora, um dos elementos chave para a constituição do *Welfare State* está alicerçado nas transformações ocorridas nas técnicas de produção ainda no século XVIII, no advento da Revolução Industrial. Além

disso, a democracia de massas e a constituição dos Estados Nacionais também são apontados como elementos fundantes de transformações sociais e novas respostas do Estado para a população.

A Revolução Industrial foi um acontecimento de amadurecimento do capitalismo e dos conflitos gerados entre a classe que vive do trabalho e os detentores dos meios de produção. O acirramento do embate entre classes sociais e a consequente pauperização da classe trabalhadora demanda que o Estado surja como "terceiro elemento" na mediação entre interesses antagônicos e conflitos postos. Conforme Pereira (2013),

> respaldado pelas instituições jurídicas — também parte da esfera da reprodução capitalista — que regulam e delimitam os termos formais destas relações, o Estado moderno, ao lado da circulação mercantil e da exploração do trabalho humano, configura-se um terceiro em relação à dinâmica entre capital e trabalho, necessário à manutenção domesticada do antagonismo entre esses dois termos: "sem ele, o domínio do capital sobre o trabalho assalariado seria domínio direto — portanto, escravidão ou servidão". (Pereira, 2013, p. 262).

Entende-se o Estado como mediador dos interesses do mercado, sendo o ente regulador, jurídica e politicamente, dos termos estabelecidos entre o processo de venda da força de trabalho. Por meio dos processos de reprodução do capitalismo, o Estado se apresenta como ente que provém os mínimos necessários para manutenção e a subsistência da mão de obra produtora de lucro. O antagonismo posto entre as classes, bem como a revolta da classe trabalhadora, sofre amortecimento através da ação estatal.

A democracia de massas (Pereira, 2009) é entendida como decorrente de transformações do Estado Absolutista em Estado de Direito: a democracia liberal se manifesta a partir da massificação do direito ao voto. Nesse processo,

> a instituição estatal deixou de ser simples "guardiã do quadro político, ou sustentadora do mecanismo produtivo (estado liberal), para ser centro de regulação do processo de acumulação, da relação poupança-investimento que os instrumentos normais do mercado capitalista não conseguiam mais controlar", configurando um Estado com crescentes funções sociais. (Pereira, 2009, p. 35).

Ainda nessa perspectiva, a autora refere que novas especializações e carreiras profissionais e tecnológicas são elaboradas para atuar nas necessidades de "gerenciamento social" (Pereira, 2009, p. 35). Há necessidade de respostas quanto

ao gerenciamento urbano, à assistência social, às condições sanitárias e de saúde e à regulação das condições de trabalho. Além disso, foi preciso criar um fundo público que fosse capaz de financiar não somente os serviços, mas a pesquisa e a profissionalização de atores que atuassem junta às novas demandas sociais postas (Pereira, 2009).

A democracia de massas necessita estar ancorada em um Estado Nação, entendido como “um Estado circunscrito territorialmente, dotado de poder coercitivo de última instância e de soberania face aos indivíduos e grupos, sob a sua jurisdição, e a outros Estados nacionais igualmente soberanos” (Pereira, 2009, p. 36). Ou seja, Estado socialmente legitimado pela massificação do voto — embora incialmente o voto fosse limitado apenas à elite — se opunha à lógica monárquica do poder transferido pela hereditariedade. O ato de votar e escolher os governantes possibilitou maior nível de pressão por parte da população na busca por políticas sociais e sistemas de proteção social que atendessem aos seus interesses.

Ao seguir remontando as importantes modificações de políticas sociais no século XIX, Pereira (2009) localiza, nas inovações das legislações alemãs — período bismarckiano, compreendido na década de 1880 —, importante avanço no que concerne à introdução de “seguros compulsórios contra enfermidades, acidentes de trabalho, velhice e invalidez” (PEREIRA, 2009, p. 40). Ou seja, a proteção social oferecida pelo Estado naquele momento se limitava aos trabalhadores com vínculo formal de trabalho. Eram levados em consideração níveis de desproteção referentes à incapacidade de se manter ativo para a produção — doenças e eventuais acidentes de trabalho — e à condição inerente ao ciclo natural da vida: o processo de envelhecimento e a velhice.

A origem histórica dos seguros sociais e da política social varia entre diferentes autores. O dinamismo da história e a multiplicidade de fatores que acarretaram a emergência do embrião da Seguridade Social na sociedade capitalista pode ser apreendido de forma diferente para quem faz essa análise. Contudo,

> parece consensual entre os autores que os seguros sociais, ou seja, a garantia compulsória de prestações de substituição de renda em momentos de risco derivados da perda de trabalho assalariado pelo Estado foi uma inovação da Alemanha na era bismarckiana. (Behring; Boschetti, 2011, p. 97).

Os seguros compulsórios de saúde, instituídos pelo chanceler alemão Otto Von Bismarck em 1883, demarcam, historicamente, as primeiras intervenções estatais na problemática, no sentido de reconhecer a necessidade de proteção social aos trabalhadores (e suas famílias) incapacitados para realizar suas atividades laborais. Cabe ressaltar que a implementação desses seguros sociais não ocorre somente a partir de iniciativa estatal: também são resultado de grande pressão dos trabalhadores da época, que se organizavam em sindicatos de diferentes categorias profissionais.

Seguindo essa perspectiva e com inspirações nas leis alemãs de proteção social, o governo da Inglaterra estabelece, em 1908, a *Old Age Pension Act*. Essa legislação rompe com o que era vigente no país até então, acabando com as velhas *Poor Laws* inglesas, fundamentadas em trabalho forçado, castigos, péssimas condições de habitação e insalubridade. A *Old Age Pension Act* reconhece as vulnerabilidades circunscritas ao ciclo de vida, estabelecendo, na Inglaterra, o pagamento de pensões a idosos, independentemente de contribuições prévias ou atestes de pobreza. No que se refere a garantia de direitos sociais, essa legislação foi um avanço substancial para a época. Em níveis de perspectiva teórica e política, tamanha intervenção estatal gerou incômodo aos teóricos liberais, que reivindicavam a autorregulação social através do mercado (Pereira, 2009).

Até o final da primeira década do século XX, o governo inglês implementou alguns sistemas de seguros compulsórios, que contavam com contribuições dos próprios segurados (classe trabalhadora) e seus patrões. Nomes marcantes surgem no governo do primeiro-ministro Winston Churchill, como David Lloyd George, ministro da fazenda, e William Beveridge, idealizador e diretor do primeiro programa de seguro-desemprego implementado no mundo, o **Plano Beveridge**. Os sistemas de seguro contra acidentes eram ainda extremamente limitados e de baixa cobertura, atendendo uma pequena parcela de operários da siderurgia e da construção naval (Pereira, 2009).

Behring e Boschetti (2011) indicam a implementação do **Plano Beveridge** como um marco na consolidação da política social em geral e, em particular, da Seguridade Social. O que demarca o surgimento do *Welfare State* se refere justamente aos progressos no campo da política social até então existente. O **Plano Beveridge** avança no que se refere à perspectiva securitária, assim como promove uma conceituação mais ampliada de Seguridade Social.

> O modelo beveridgiano, surgido na Inglaterra, tem como principal objetivo a luta contra a pobreza. Nesse sistema de proteção social, os direitos são universais, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos (testes de meios), e o Estado deve garantir mínimos sociais a todos em condições de necessidade. O financiamento é proveniente dos impostos fiscais (e não da contribuição direta de empregados e empregadores) e a gestão pública é estatal. (Behring; Boschetti, 2011, p. 97).

Cabe ressaltar que esses avanços no campo do seguro social contemplam uma perspectiva ampliada de Seguridade Social e são, de fato, importantes para a classe trabalhadora. No entanto, contraditoriamente, para além de compreender enquanto direitos sociais, essas medidas são importantes elementos de reprodução e manutenção da exploração da mão de obra trabalhadora pelo capitalismo, podendo ser compreendidas como “proteção do capitalismo contra sua própria tendência autodestruidora” (Pereira, 2009, p. 85).

Ainda no início do século XX, a sociedade capitalista vivenciou um significativo processo de crise. Conhecida como a “Grande Depressão”, a crise de 1929 tem sua principal representação na quebra da Bolsa de Valores de Nova Iorque, tendo sido um grande baque na perspectiva de crescimento contínuo e inabalável do capital. Para Behring e Boschetti (2011, p. 91),

> a crise de 1929 / 1932 marcou uma mudança substantiva no desenvolvimento das políticas sociais nos países capitalistas da Europa ocidental. Embora o período entre as duas grandes guerras mundiais não tenha registrado forte expansão das políticas sociais, ele é reconhecido como momento de ampliação de instituições e práticas estatais intervencionistas.

O contexto de saída dos países capitalistas da Primeira Guerra Mundial — em especial europeus — e o contexto de crise econômica acarretado pela quebra da bolsa de valores de Nova Iorque, nos Estados Unidos, provocam uma reação de confrontação entre sociedade capitalista e Estado. O Estado passar a ser cobrado para que as demandas sociais postas sejam atendidas, como adoecimento da população, saúde mental fragilizada, trabalhadores com lesões e amputações adquiridas na guerra, empobrecimento massivo etc. Sequencialmente, eclode a Segunda Grande Guerra Mundial, que radicaliza as consequências de desproteção social. Esses fatores consolidaram

> a necessidade de regulação estatal para seu enfrentamento. Esta só foi possível pela conjugação de alguns fatores como: a) estabelecimento

> políticas keynesianas com vistas a gerar pleno emprego e crescimento econômico num mercado capitalista liberal; b) instituição de serviços e políticas sociais com vistas a criar demanda e ampliar o mercado de consumo; e c) um amplo acordo entre esquerda e direita, entre capital e trabalho. (Behring; Boschetti, 2011, p. 91-92).

Cabe ressaltar que o *Welfare State* surge num contexto histórico, econômico, político e geográfico específico, como resposta estatal à crise do capital observada na época. A reprodução do capital, a retomada do crescimento por meio do consumo e os acordos apaziguadores estabelecidos entre sindicatos e patrões são elementos que fomentaram e viabilizaram esse processo. Em qualquer período histórico — inclusive na contemporaneidade —, a política social é contraditória e flutua entre interesses antagônicos: a mínima condição de sobrevivência e manutenção da vida da classe que vive do trabalho e a manutenção da exploração de mão de obra pelo capital. No *Welfare State*, a política social não é diferente, e seus princípios estruturantes são:

> 1) responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos, por meio de um conjunto de ações em três direções: regulação da economia de mercado a fim de manter elevado nível de emprego; prestação pública de serviços sociais universais, como educação, segurança social, assistência médica e habitação; e um conjunto de serviços sociais pessoais; 2) universalidade dos serviços sociais; e 3) implantação de uma "**rede de segurança**" de serviços de assistência social. (Behring; Boschetti, 2011, p. 94, grifo das autoras).

O fortalecimento do mercado pelo Estado, no intuito de ampliar o consumo por meio da inclusão massiva de trabalhadores em empregos regulamentados, demarca um aspecto importante do *Welfare State.* O pleno emprego é associado com a oferta de serviços e políticas universalizantes capazes de atender às necessidades da classe trabalhadora quando esta, eventualmente, encontrar-se impossibilitada de vender sua força de trabalho. Destacamos aqui a oferta de assistência em saúde e assistência social como políticas sociais para a reprodução do capitalismo e o atendimento das necessidades mínimas da população, aspectos de proteção social sobre os quais nos debruçamos nesta tese.

Acompanhando o cenário mundial, o Brasil, na década de 1930, começou seus primeiros ensaios para constituir planos de proteção social destinados à população. O primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1937) teve caráter populista e se pautou na crescente necessidade de mediação dos conflitos entre a classe trabalhadora e a

burguesia (Couto, 2006). A premissa inicial que baliza as discussões sobre a proteção social brasileira tem, em seus alicerces, as legislações trabalhistas.

> Toda a legislação trabalhista criada na época embasava-se na ideia do pensamento liberal brasileiro, onde a intervenção estatal buscava a harmonia entre empregadores e empregados. Era bem-vinda, na concepção dos empresários, toda a iniciativa do Estado que controlasse a classe operária. Da mesma forma, era bem-vinda por parte dos empregados, pois contribuía para melhorar suas condições de trabalho. (Couto, 2006, p. 95).

Couto (2006) ainda sintetiza que esse período é fortemente marcado por um Estado autoritário, regulatório e assistencialista, o que deu início a um modelo de proteção social conservador, caracterizado por aspectos corporativistas e clientelistas. Ainda nesse sentido, a proteção social se limitava a trabalhadores com vínculo formal de trabalho regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). A carteira de trabalho passa a ser “o documento de cidadania no Brasil” (Behring; Boschetti, 2011, p. 106). Tal aspecto limitava a proteção social a trabalhadores/operários das cidades, embora a grande maioria da população brasileira, nessa época, residisse na zona rural. A oferta de melhores condições de trabalho incentivou um processo de êxodo do campo para as cidades, contribuindo para um crescimento desordenado do meio urbano e, ironicamente, iniquidades no acesso às políticas públicas e sociais — em especial, na esfera da habitação. Cabe ressaltar que essas iniquidades são “uma das características do desenvolvimento do Estado social brasileiro: seu caráter coorporativo e fragmentado, distante da perspectiva da universalização de inspiração beveridgiana” (Behring; Boschetti, 2011, p. 106).

Nos primeiros anos do governo Vargas, houve um estímulo para a ampliação e a expansão das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que se configuravam como instituições privadas, organizadas por categorias profissionais. As CAPs eram responsáveis por beneficiar os trabalhadores com direito à aposentadoria (por velhice ou por invalidez), atendimento de saúde para o trabalhador e sua família, subsídios para compra de medicações e pagamento de pensões e pecúlios. As CAPs eram subsidiadas unicamente pelos trabalhadores (de forma compulsória) e seus empregadores, sem participação do Estado (Couto, 2006). As CAPs existiram até 1953, mas foram paulatinamente se extinguindo com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Estas começaram a ser implementadas em 1933

e iam ao encontro do processo de centralização e controle governamental. Ao mesmo tempo, estimulavam a fragmentação da classe trabalhadora, uma vez que implementavam benefícios específicos que variavam de acordo com o ramo de atuação dos diferentes grupos de trabalhadores (Couto, 2006).

Ainda no início da década de 1930 — e em conjunto com a criação dos IAPs —, foi criado o Ministério de Educação e Saúde Pública. Essa foi a primeira iniciativa de organização estatal de saúde no Brasil, mas ainda estava plenamente associada ao vínculo dos trabalhadores junto aos IAPs, tendo uma perspectiva de medicina previdenciária. Para população geral, havia campanhas nacionais desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde, assim como atendimento da população vulnerável por meio de serviços de saúde filantrópicos ou, para quem pudesse pagar, serviços de saúde privados (Bravo, 2000).

É importante salientar que a indicação de trabalhadores para as diretorias dos IAPs contribuiu, progressivamente, para o enfraquecimento do movimento sindical, uma vez que havia forte cooptação de lideranças das organizações sindicais no intuito de garantir os interesses do governo. Nesse sentido, membros da oligarquia sindical se encontravam “amarrados” a membros do recém-criado Ministério do Trabalho (Behring; Boschetti, 2011). Cabe ressaltar que

> a CLT inspirava-se na *Carta del Lavoro* da era fascista de Mussolini, propugnando o reconhecimento das categorias de trabalhadores pelo Estado e atrelando a sua categoria sindical ao Ministério do Trabalho. Estava, então, desenhada a arquitetura formal-legal da relação do Estado com a sociedade civil, e que marcou profundamente o período subsequente de expansão fragmentada e seletiva das políticas sociais, que segue até 1964. (Behring; Boschetti, 2011, p. 108).

As inspirações fascistas de Vargas iam além da legislação trabalhista. Em 1937, Getúlio Vargas instituiu um golpe de Estado e um período ditatorial, que ficou conhecido como Estado Novo. A ditadura do Estado Novo durou até 1945 e foi essencial para o processo de industrialização do país. Como pano de fundo, propunha-se ampliação dos direitos sociais, mas havia, na verdade, um profundo processo antidemocrático, culminando, inclusive, em uma nova Constituição Federal elaborada à revelia do Congresso Nacional, o qual havia sido fechado por ato do governo (Couto, 2006). Ainda em seu “flerte com o fascismo”, Getúlio Vargas, inicialmente, demonstrou alinhamento com a Alemanha de Hitler e a Itália de Mussolini. Porém, diante da pressão dos Estados Unidos (interesses econômicos) e

do descontentamento político de alguns setores abastados da burguesia brasileira, acabou recuando (Behring; Boschetti, 2011). Em 1942, o Brasil se juntou aos países aliados da Segunda Guerra Mundial — Estados Unidos, França, Inglaterra etc. — e encaminhou soldados brasileiros para a guerra, que ficaram conhecidos como “pracinhas”. Esse apelido denotava a inexperiência dos jovens soldados, que recém haviam concluído o treinamento inicial.

Em 1941, em busca de apoio da população e como forma de responder ao crescimento desordenado das cidades e às novas expressões de pauperismo que se intensificavam nos centros urbanos, foi a criado o Serviço de Atendimento ao Menor (SAM), com vistas a atender crianças e adolescente pauperizados em suas necessidades — mas acabou se pautando muito mais em ações policialescas e coercitivas. Em 1942, foi criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA), que possuía

> o objetivo de assistir, primeiramente, às famílias dos pracinhas que foram para a guerra, e logo depois estender seu trabalho para a população pobre, principalmente com programas na área materno-infantil. A LBA representou o braço assistencialista do governo, que centrou na figura da primeira-dama Darcy Vargas a coordenação da instituição. Esse traço clientelista e vinculado à benemerência apresentou-se persistente por muitos anos na política assistencial brasileira. (Couto, 2006, p. 103).

Conforme denotado por Couto (2006) e Behring e Boschetti (2011), as ações clientelistas e assistencialistas praticadas pela LBA — que existiu até meados da década de 1990 — imprimiram uma marca histórica na política de assistência social brasileira, fortemente marcada pela operacionalização por meio de entidades privadas, de cunho caritativo, descontinuado, fragmentado e tendo na figura da primeira-dama o ente central de “cuidado aos pobres”. A história da LBA apresenta intersecções com a própria história do Serviço Social, o que explica por que, ainda hoje, há desconhecimento sobre a diferença entre a profissão e a política pública. Segundo Iamamoto e Carvalho (2008), a LBA,

> no encaminhamento de seu objetivo de “trabalhar em favor do progresso do Serviço Social”, oferecerá um sólido apoio às escolas especializadas existentes. Estas serão mobilizadas desde o início para implementação e programação dos serviços da nova instituição e, ao mesmo tempo, subsidiadas para [...] suprir a demanda de trabalhadores habilitados por aquela **formação técnica especializada**, que seu surgimento incrementa de forma acentuada [...] Constituindo-se na primeira campanha assistencial de nível nacional, a Legião Brasileira de Assistência será de grande importância para implementação e institucionalização do Serviço Social, contribuindo em diversos níveis para a organização, expansão e interiorização da rede de

> obras assistenciais, incorporando ou solidificando nestas os **princípios** do Serviço Social, e a consolidação e expansão do ensino especializado de Serviço Social e do número de **trabalhadores sociais**. (Iamamoto; Carvalho, 2008, p. 252, grifos dos autores).

Ou seja, naquele período histórico, o incremento de escolas de Serviço Social atendia à necessidade de ampliar, em todo o território nacional, as “obras” da LBA, contribuindo, dessa forma, para a inclusão de profissionais do Serviço Social nas origens da assistência social brasileira. Ao longo desta tese, voltaremos a abordar as transformações (e as manutenções) históricas das perspectivas interventivas da política de assistência social enquanto “carro chefe” da proteção social.

Em 1945, após os desgastes vivenciados pelo governo e as movimentações populares pela abertura democrática no país — além da ampliação do pensamento liberal das elites brasileiras, que pressionaram pelo fim da ditadura Vargas — houve enfim, o fim de uma era: o getulismo foi deposto por uma junta militar. Embora tenha ocorrido o fim do seu primeiro governo, Vargas ainda manteve seu poder político com a criação do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e do Partido Social Democrata (PSD) (Couto, 2006).

O governo Eurico Gaspar Dutra, iniciado em 1945, mesmo sendo de forte inspiração liberal, promulgou uma nova constituição em 1946, o que assegurou novas liberdades para os cidadãos, incluindo a possibilidade de associação sindical e o direito à greve. Contraditoriamente, embora houvesse o direito constitucional de realizar movimentos paredistas, o governo Dutra coibiu a realização de greves de maneira intensa. O direito à previdência social também se soma a essa nova constituição, tendo sido iniciada uma tímida discussão sobre reforma agrária. No campo dos direitos sociais, o governo Dutra foi o responsável pela promulgação do Plano SALTE, que abrangia a atuação nas áreas da saúde, alimentação, transporte e energia. Embora demonstrasse preocupação com aspectos sociais, o Plano SALTE se mostrou insuficiente quanto aos recursos disponíveis para a volumosa demanda apresentada (Couto, 2006).

Desgastes acarretados por confrontos entre trabalhadores e o governo Dutra abriram caminho para o retorno de Getúlio Vargas em 1951; dessa vez, eleito pelo voto popular. A aceitação de Vargas era latente nos diferentes segmentos da sociedade brasileira: forças armadas, setores sindicais, trabalhadores, empresários e o PTB, partido criado pelo próprio Vargas. A tônica dessa nova “Era Vargas” era o

controle da massa de trabalhadores por meio da legislação trabalhista e do Ministério do Trabalho. Um jovem João Goulart estava à frente desse ministério, amplificando os temores da “ameaça socialista” em razão de sua boa relação com as lideranças sindicais. A firmeza repressiva do Governo Vargas contra seus oponentes resultou na morte de um oficial do Exército quando as forças repressivas do governo praticavam um atentado contra Carlos Lacerda — um dos principais oponentes do governo. Essa fatalidade, associada ao desgaste do governo, levou Getúlio Vargas a cometer suicídio em 1954 (Couto, 2006).

Os governos de Café Filho (1954-1955) e de Carlos Luz — que teve um governo relâmpago de três dias, assumindo a presidência por ser o presidente da Câmara — foram sucedidos pelo governo de Juscelino Kubitscheck, eleito popularmente e cujo vice era João Goulart. Com o nacionalismo desenvolvimentista de seu Plano de Metas, o governo apostava no crescimento econômico e social do Brasil, com o seguinte slogan: “Cinquenta anos em cinco”. Timidamente, esse plano de governo tentou, pela primeira vez, contemplar os trabalhadores rurais; contudo, mais uma vez, o crescimento econômico “sufocou” os interesses sociais. Nesse sentido, o maior destaque do período foi a unificação dos direitos e benefícios previdenciários e sua universalização para todos os trabalhadores formais e urbanos (Couto, 2006).

O governo Kubitscheck — reconhecido por suas obras faraônicas e vultuosos gastos com a construção de Brasília — foi sucedido pelo governo populista de Jânio Quadros e seu vice João Goulart. Com um moralizante discurso anticorrupção, o governo Jânio permaneceu em vigência por apenas sete meses; e houve uma grave crise institucional com os comandos militares no momento da posse do vice João Goulart. Por meio de uma manobra política, tentou-se instituir o parlamentarismo no Brasil via plebiscito (voto popular), mas isso não se efetivou. Assim, Jango assumiu a presidência do Brasil em 1963 (Couto, 2006).

O governo João Goulart é marcado pela ampliação dos movimentos sociais, como o Comando Geral dos Trabalhadores (CGT) — que depois se tornou a Central Única dos Trabalhadores (CUT) —, a União Nacional dos Estudantes (UNE), a criação de sindicatos, a Confederação dos Trabalhadores da Agricultura etc. Esse período também é marcado por greves e manifestações de trabalhadores do campo e das cidades, além de ter sido reconhecida a necessidade de políticas de proteção social para os trabalhadores rurais — até então não contemplados pelas normativas

vigentes. No exército, quadros inferiores da hierarquia militar passavam a questionar a estrutura da instituição, uma vez que os sargentos não podiam ser eleitos. Nesse período de efervescência política, “o governo negociava com trabalhadores, buscava apoio da igreja, dos estudantes e de parcela do exército e anunciava reformas sociais para enfrentar as péssimas condições de vida do povo brasileiro” (Couto, 2006, p. 115). No entanto,

> as reformas pretendidas pelo então presidente eram indesejáveis para os partidos de cunho liberal, como a UDN, para as oligarquias rurais e para o Exército. Foram essas forças reunidas, apoiadas por forte movimento anticomunista da classe média brasileira, que deram sustentação ao golpe militar de 1964, que conduziu o país a uma realidade bastante adversa na área dos direitos, sejam eles políticos, civis ou sociais. (Couto, 2006, p. 115).

O golpe militar de 1964, que perduraria mais de 20 anos, foi findando apenas em 1985, com um processo de retomada da democracia de maneira “lenta, gradual e segura”, conforme os termos eufemistas empregados pelo General Ernesto Geisel, penúltimo presidente da ditadura militar do Brasil. O período ditatorial brasileiro foi marcado por opressões e perseguições políticas, aplicação de tortura a militantes políticos de esquerda e movimentos sociais contrários ao regime, censura, conservadorismo, medo e repressão. Considerando um período político tão adverso, os aspectos de proteção social e de direitos sociais também passaram por um período turbulento. O foco no “milagre brasileiro” (Behring; Boschetti, 2011) dentro do campo econômico almejava um Brasil que se destacasse economicamente e se apresentasse como destaque para o capitalismo internacional. Por outro lado, a classe trabalhadora vivenciava elevados níveis de pobreza, arrocho salarial e aumento da inflação (Couto, 2006).

Embora os cinco presidentes do período da ditadura militar e seus respectivos governos tivessem diferenças entre si, os governos militares, de maneira geral, caracterizam-se pela burocracia, pelo ufanismo e, principalmente, pelo autoritarismo. Para isso, eram utilizados instrumentos de exceção e Atos Institucionais (AIs), que, de forma sintética, podem ser definidos como decretos com poder de constituição que propiciavam legitimidade para as decisões arbitrárias e antidemocráticas do período ditatorial. O mais famoso e nefasto dos AIs foi o AI5, decretado por Costa e Silva: fechou o congresso nacional, deu ao executivo poderes plenos para legislar sobre todas as matérias constitucionais e suspendeu

> todas as garantias constitucionais ou legais de vitaliciedade, inamovibilidade e estabilidade. Permitiu-se ao presidente demitir, remover, aposentar ou transferir juízes, empregados de autarquias e militares. Suspendeu-se o *habeas corpus* para crimes contra a Segurança Nacional. (Couto, 2006, p. 125).

De meados da década de 1960 até a metade da década de 1980, o Brasil andava na “corda bamba”, dividindo-se entre o autoritarismo, a violência institucional repressora, o crescimento econômico e a construção de grandes estradas, hidrelétricas e outros grandes aparatos institucionais. O autoritarismo com estabilidade econômica era o pano de fundo para um mix de “repressão e assistência” (Behring; Boschetti, 2011). Esse período também se caracteriza pela criação de novas instituições para atender às necessidades da classe trabalhadora — mas principalmente da burguesia (Couto, 2006). Destacam-se a criação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando todas as CAPs e os IAPs e retirando os trabalhadores e suas organizações sindicais da gestão da previdência social. Os trabalhadores autônomos e trabalhadores domésticos foram incluídos nos benefícios previdenciários pela primeira vez, assim como os trabalhadores rurais — estes muito mais como forma de “agradecimento” pelo apoio dos ruralistas ao regime militar, uma vez que tanto trabalhadores quanto empregadores rurais foram isentados de pagar contribuições previdenciárias (Couto, 2006). No campo da habitação, foi criado o Banco Nacional da Habitação (BNH), uma iniciativa que se pautava mais no interesse de impulsionar o ramo empresarial da construção civil do que, de fato, atender às históricas demandas por moradia (Behring; Boschetti, 2011).

Com relação às políticas sociais e de proteção social, os aspectos de repressão da população também se materializavam. Foram implementadas a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) e as Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor (FEBEMs), que se ocupavam da crescente realidade de crianças e adolescentes em situação de rua, em vulnerabilidade social ou praticando atos infracionais. Na constituição da FUNABEM e das FEBEMs, não havia separação entre as demandas que envolviam crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade social e crianças e adolescentes autores de atos infracionais. Todos eram institucionalizados em um aparato repressor e punitivo nos moldes de uma

“prisão para menores[36]”. Destaca-se, ainda a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social e o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), que reuniu, sob a mesma gestão, o INPS, a FUNABEM e a LBA. Ainda no âmbito da saúde, e sob a gestão desse ministério, foram criados o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a Central de Medicamentos (CEME) (Couto, 2006).

Embora aparente ares de inovação, a centralização de todos esses aparatos institucionais reproduziam a tônica dos governos militares: ajustamento e controle único. A LBA seguia sua execução de forma desarticulada e caritativa no atendimento aos pobres, e os serviços de saúde seguiam vinculados à obrigatoriedade de contribuição previdenciária para que pudessem ser acessados. A massa da classe trabalhadora recorria aos hospitais filantrópicos e às Santas Casas de Misericórdia para ter algum atendimento de saúde. Ainda nesse momento, surgiu uma intensificação da privatização de serviços de saúde, educação e previdência. Aqui, inicia-se um processo de “sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode pagar e para quem não pode pagar” (Behring; Boschetti, 2011). Posteriormente, a partir da década de 1980, verificamos que esse modelo de dualidade das políticas sociais persiste até os dias atuais, mesmo com o processo de Constituinte em 1988.

O movimento pela abertura política brasileira e a contestação da ditadura militar têm início no final dos anos 1970 e início dos anos 1980. O governo do General Figueiredo é permeado por marcos históricos de lutas populares e resistência da classe trabalhadora, como a Lei da Anistia — que tratava dos exilados políticos —, o fim do bipartidarismo e a criação de novos partidos políticos, entre eles o Partido dos Trabalhadores (PT). Cabe ressaltar que o lento retorno da democracia brasileira só foi possível com a luta de organizações populares, sindicatos e organizações de movimentos sociais e de classe, como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), movimentos das donas-de-casa, o sindicato dos metalúrgicos, a UNE etc.

Compondo a pressão política pelo fim da ditadura militar, soma-se o fim da ilusão criada pelo dito “milagre econômico”. As dívidas contraídas junto ao Fundo Monetário Internacional (FMI), o corte de gastos públicos, a emissão de títulos da dívida, a inflação anual — que chegou a 217,9% em 1985 —, as altas taxas de

[36] O termo “menor” para se referir a crianças (0 a 11 anos) e adolescentes (12 a 18 anos incompletos) só será suprimido com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069), em 1990.

desemprego, aumento da demanda por serviços públicos sem uma efetiva ampliação e o empobrecimento generalizado da população contribuíram para deslegitimar os governos militares em toda a América Latina, incluindo o Brasil (Behring; Boschetti, 2011).

Nos anos 1980, o movimento “Diretas Já” dava a tônica da mobilização: exigiam-se eleições diretas para presidente da república. Contudo, devido às manobras do governo militar ainda em vigência, houve apenas a realização de eleições indiretas, que elegeram Tancredo Neves; contudo, em razão de sua morte, quem assumiu o poder foi seu vice, José Sarney, em 1985. O fim da ditadura militar não significou, necessariamente, novos rumos para a política social e para a proteção social brasileira. Behring e Boschetti (2011) destacam que o carro-chefe de política social implementada no período foi o “Programa do Leite”, que consistia no fornecimento de *tickets* para a distribuição do insumo às famílias, caracterizando-se como (mais uma) iniciativa clientelista, residual e fragmentada.

Após 21 anos de período ditatorial e o movimento “Diretas Já” ter culminado em uma eleição indireta para presidente da república, contrariando as expectativas de uma grande parcela da sociedade brasileira, as esperanças se voltam, em 1988, para a elaboração de uma nova Constituição Federal. O processo de elaboração da Constituição foi marcado, por um lado, pelo forte discurso de enxugamento do gasto estatal, devido à crise econômica; por outro, pela forte mobilização popular e participativa.

> Constitui-se nesse período uma Articulação Nacional de Entidades pela Mobilização Popular na Constituinte, reunindo movimentos sociais, personalidades e partidos políticos com compromissos democráticos que participaram dos grupos de trabalho. Daí decorre, por exemplo, a introdução do conceito de Seguridade Social, articulando as políticas de previdência, saúde e assistência social, e dos direitos a elas vinculados, a exemplo da ampliação da cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais, agora no valor de um salário mínimo e do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para idosos e pessoas com deficiência. Advém também deste processo uma série de inovações democratizantes, tais como: o novo estatuto dos municípios como entes federativos autônomos, os conselhos paritários de políticas e de direitos e a instituição de um ciclo orçamentário que passa a comportar um orçamento da Seguridade Social (Behring; Boschetti, 2011, p. 144).

O processo democrático de discussão para a elaboração da Constituição tem reflexos no texto proposto. A articulação entre as políticas de saúde, assistência social e previdência social, considerando sua complementariedade, é um marco na

proposição de uma política brasileira de Seguridade Social. O próprio orçamento é proposto de maneira a integrar as três políticas públicaas. No campo da assistência social, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) inaugura um marco na proteção social de idosos e pessoas com deficiência, garantindo o repasse mensal de um salário mínimo — algo até então inédito no sistema de proteção social brasileiro. A perspectiva de território se amplia, e os municípios passam a ser considerados entes autônomos, aproximando a população do campo decisório das políticas públicas e políticas sociais. Por fim, refletindo a lógica de participação e a democracia política do período, propõe-se a criação dos conselhos paritários de políticas e direitos sociais, a fim de fomentar a participação popular na proposição e na fiscalização das políticas sociais.

Outro marco da Constituição Federal de 1988 foi o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que partiu de discussões fomentadas pelo Movimento de Reforma Sanitária, que, em 1986, realizou a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde (Bravo, 2009). O SUDS se apresenta como um marco histórico porque revoluciona todas as iniciativas de saúde propostas anteriormente, pautando-se no reconhecimento de saúde integral da população, relacionada aos modos e às condições de vida. Em 1990, o SUDS dá lugar ao Sistema Único de Saúde (SUS), que será regulamentado com uma lei própria. O SUS passa a reconhecer a saúde pública como dever do Estado e direito da população, pautando-se nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Ou seja, prevê atendimento universal de saúde para todos os cidadãos brasileiros, sem discriminações; reconhece as iniquidades em saúde, atuando na lógica de dirimir as desigualdades; e atende populações e comunidades considerando suas particularidades e subjetividades, de forma a garantir a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde (Brasil, 1990).

A política de assistência social brasileira ao longo da história se caracteriza por ações pontuais, benemerentes, focalizadas e executadas por instituições privadas de cunho religioso. Embora a Constituição Federal de 1988 tenha apresentado avanços nesse cenário, o assistencialismo e o clientelismo, historicamente utilizados para manutenção de uma classe subalterna (Yazbeck, 1993), ainda se perpetuam. A assistência social foi a última política de Seguridade Social a receber uma lei própria, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), promulgada apenas em 1993. Parte da explicação para esse lapso temporal entre a promulgação do SUS (1990), da lei que regulamenta a previdência social (1991) e da LOAS (1993) se relaciona a um

entendimento histórico da política social brasileira que vincula os direitos sociais ao trabalho formal. Segundo Couto (2006),

> embora a concepção de assistência social porte uma dimensão de “provisão social”, que tem por base a noção de direito social, a mesma é plasmada no contexto de uma sociedade que historicamente vinculou o campo dos direitos sociais à versão de compensação àqueles que, pelo trabalho, eram merecedores de ser atendidos socialmente. Sendo assim, o campo dos direitos, na sociedade brasileira, é marcado por um processo contraditório, próprio da relação de acumulação de capital *versus* distribuição de renda. Ou seja, o que está em jogo para que sejam efetivados os direitos sociais é a possibilidade, ou não, nos parâmetros dessa sociedade, de ampliação de investimentos de capitais em áreas não lucrativas. (Couto, 2006, p. 168).

Embora tenha aspectos inegavelmente inovadores no que concerne ao reconhecimento da produção de desigualdades sociais e do dever do Estado intervir nessas desigualdades, a LOAS esbarra em uma concepção de política social e assistência social historicamente construída na sociedade brasileira: a proteção social é vinculada ao trabalho. O direito social à assistência social, mesmo após o advento da Constituição Federal de 1988, esbarra em ações focalizadas, de combate à extrema pobreza, exigência de condicionalidades para acessar benefícios e serviços e extrema preocupação com “viabilizar portas de saída” — o que, muitas vezes, é relacionado ao acesso ao trabalho.

A década de 1990 e o período que sucede a Constituição Federal de 1988 também apresentam a ascensão do ideário neoliberal no Brasil como um desafio para a implementação das políticas de Seguridade Social. Os governos de Fernando Collor — substituído por Itamar Franco após um processo de impeachment — tinham como objetivo de seus governos, essencialmente, diminuir a máquina pública, com a redução de direitos, políticas sociais e políticas públicas executadas pelo Estado, a fim de garantir um superávit econômico. De acordo com Behring e Boschetti (2011), esse período é marcado pela “contrarreforma neoliberal”, em que a dita “reforma” do Estado se destaca nas “privatizações e na previdência social, e acima de tudo, desprezando as conquistas de 1988 no terreno da Seguridade Social e outros — a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada —; estaria aberto o caminho para o novo ‘projeto de modernidade’” (Behring; Boschetti, 2011, p. 148). Especificamente em relação à Seguridade Social brasileira,

> essa imbricação histórica entre elementos próprios à assistência e elementos próprios ao seguro social poderia ter provocado a instituição de uma ousada

> Seguridade Social, de caráter universal, redistributiva, pública, com direitos amplos fundados na cidadania. Não foi, entretanto, o que ocorreu, e a Seguridade Social brasileira, ao incorporar uma tendência de separação entre a lógica do seguro (bismarckiana) e a lógica da assistência (beveridgiana), e não de reforço à clássica justaposição existente, acabou materializando políticas com características próprias e específicas que mais se excluem do que se complementam, fazendo com que, na prática, o conceito de seguridade fique no meio do caminho, entre o seguro e a assistência. (Behring; Boschetti, 2011, p. 160-161).

A Seguridade Social brasileira, como explicitado pelas autoras, incorpora em seu aparato legal elementos próprios de assistência, do que podemos destacar a universalidade do acesso e a garantia de direitos para todos. Contudo, mescla-se a esse modelo a perspectiva de seguro social, em que a proteção social se encontra diretamente atrelada ao trabalho formal. Dessa forma, temos um sistema de Seguridade Social que promete ser universal e complementar a diferentes políticas públicas, mas não é isso que se materializa, pois ele abarca uma parcela da população com vínculos formais de trabalho, uma parcela que é atendida pela compra dos serviços por meio do mercado e uma parcela mais pauperizada, que acessa serviços públicos focalizados nos mais vulneráveis. A universalização legal não é a universalização real.

O dito “projeto de modernidade” desse período inicia com a extinção da LBA, sem, contudo, que a LOAS fosse efetivamente implementada (Couto, 2006). Isso ocasionou redução de atendimentos e ampliação de desproteção social da população brasileira no período. A extinção da LBA foi marcada por graves denúncias de corrupção iniciadas no Governo Collor; porém, os objetivos de ajustamento e controle dos pobres previstos na legislação que regulava a LBA[37] iam de encontro à perspectiva de direito, cidadania e participação popular promulgada no texto de Seguridade Social presente na Constituição Federal de 1988.

No campo da saúde, o SUS — que deveria ser um sistema único — se subdivide em dois sistemas de saúde: um sistema privado e um sistema público. O sistema privado atende, principalmente, trabalhadores com vínculo formal de trabalho que acessam planos de saúde empresariais, além da população que pode arcar com o pagamento de serviços privados de saúde. Já o sistema público é destinado à classe trabalhadora mais pauperizada que, por vezes, não tem acesso ao trabalho formal.

---

[37] Segundo Santos, Côrtes e Margarites (2022, p. 257), o Estatuto da Legião Brasileira de Assistência previa que um dos objetivos dessa organização era “favorecer o reajustamento das pessoas moral ou economicamente desajustadas (LBA, 1942, p. 6)”.

As políticas sociais executadas a partir de uma perspectiva de Estado neoliberal se caracterizam pela focalização, de forma que a perspectiva de direito social e a inclusão nos serviços ocorrem “não por direito de cidadania, mas por grau de pobreza” (Bravo, 2009, p. 107). Políticas sociais ditas universalizantes, como a saúde e a assistência social, não se efetivam assim na prática, atingindo apenas as parcelas mais vulnerabilizadas da população. Numa lógica capitalista, o mercado e a possibilidade de comprar serviços se apresentam como primeira alternativa de “cidadania”. Além da focalização, salientamos a desresponsabilização do Estado na execução dessas políticas sociais e públicas; como alternativa, o mercado — e aqui incluímos o terceiro setor — assume a execução direta dos serviços para população por meio de empresas, Organizações da Sociedade Civil (OSC), Organizações não Governamentais (ONGs) etc. Sendo assim, o Estado “terceiriza” seu dever de atender as necessidades, as demandas e os direitos da população brasileira.

3.2 POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL COMO POLÍTICA DE PROTEÇÃO SOCIAL

As políticas sociais e a proteção social brasileira ganham um novo marco histórico no encerramento da década de 1980. Em 1985, a abertura política e o final da ditadura militar vinham na esteira de movimentos sociais e políticos que emanavam a necessidade de novas perspectivas para o Brasil. Movimentos sociais, sindicatos, conselhos de profissionais e organizações comunitárias reivindicavam um novo momento histórico para o país. Na proteção social, o tripé da Seguridade Social, inaugurado pela Constituição de 1988, representa um marco na luta de classes brasileira. Os interesses políticos da classe trabalhadora e os interesses políticos da burguesia se esbarram e, entre perdas e ganhos para ambos os segmentos, procurava-se uma conciliação, mas nem sempre era favorável para os direitos da classe trabalhadora, uma vez que os acordos estabelecidos beneficiavam os setores produtivos e financeiros, a exemplo do setor de saúde privada.

A proteção social, promovida pela política de assistência social no escopo da Constituição Federal de 1988, inaugura o reconhecimento dessa política social enquanto direito social e dever do Estado. Esse é um importante elemento que tenta superar o lugar histórico ocupado pela assistência social enquanto “caridade, filantropia e ajustamento dos pobres”. Embora a Constituição Federal de 1988 seja

um marco legal de relevância indiscutível, os únicos dois artigos referentes à assistência social (art. 203 e art. 204) são bastante genéricos. O art. 203 apresenta os seus objetivos:

> Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à Seguridade Social, e tem por objetivos:
> I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
> II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
> III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
> IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência[38] e a promoção de sua integração à vida comunitária;
> V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.
> VI - a redução da vulnerabilidade socioeconômica de famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza. (Incluído pela Emenda Constitucional n. 114, de 2021) (Brasil, 1988).

No que diz respeito aos objetivos da assistência social, cabe ressaltar o reconhecimento de vulnerabilidades presentes em determinadas etapas do desenvolvimento do ciclo da vida, com destaque para a infância e a adolescência, reiteradas em dois incisos. Além disso, há o reconhecimento de singularidades da velhice e das pessoas com deficiência, garantindo, de forma inédita, o pagamento de um salário mínimo mensal para aqueles que não conseguirem garantir a sua subsistência. O papel da responsabilidade da família como primeira esfera de proteção também é salientado nos objetivos da política de assistência social, revelando que, embora o Estado reconheça seu papel e seu dever de proteção social, isso ainda fica secundarizado, entrando em ação apenas em caso de “incapacidade” da família. Conforme estabelecido na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (Brasil, 2005), a proteção social executada pela política de assistência social consiste

> no conjunto de ações, cuidados, atenções, benefícios e auxílios ofertados pelo SUAS para redução e prevenção do impacto das vicissitudes sociais e naturais ao ciclo da vida, à dignidade humana e à família como núcleo básico de sustentação afetiva, biológica e relacional. (Brasil, 2005, p. 90).

[38] O termo “pessoa portadora de deficiência” é a redação original extraída do texto constitucional. Atualmente, entendemos ser o termo correto “pessoa com deficiência”, conforme a Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, ou Estatuto da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2015).

Analisando o texto constitucional e relacionando-o com a proteção social prevista na PNAS, identificamos que a política nacional reitera os compromissos assumidos em 1988, com foco no reconhecimento das vulnerabilidades presentes nos diferentes momentos do ciclo de vida. Assim como a Constituição Federal, a PNAS reitera a responsabilidade do núcleo familiar no que concerne à proteção dos seus membros. No entanto, avança ao reconhecer que existem "vicissitudes sociais", ou seja, assevera que existem adversidades e desigualdades sociais intrínsecas a esse modelo de sociedade. Ademais, os serviços e benefícios são organizados em um sistema único que opera em todo o território nacional, tendo nos equipamentos públicos estatais, como os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), a principal porta de entrada da política social. A organização do SUAS rompe com um modelo histórico de assistência social ofertado de maneira desordenada e (em geral) atrelado a instituições privadas de cunho religioso.

Seguindo o texto da PNAS, está previsto que, em âmbito de assistência social, a proteção social deverá prover **"segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida; de convívio ou vivência familiar"** (Brasil, 2005). Vamos correlacionar cada um desses aspectos, uma vez que também materializam os objetivos da assistência social inscritos na Constituição Federal. Para isso, consideramos a riqueza tanto do texto legal quanto dos depoimentos dos participantes da pesquisa, assim como o adensamento teórico proposto, no intuito de analisar as seguranças afiançadas pela política de assistência social na perspectiva da proteção social.

Nesse sentido, estabelecendo conexão com a **segurança de convívio ou vivência familiar**, uma das diretrizes estruturantes da gestão do SUAS, segundo a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS) (Brasil, 2005), é a "matricialidade sociofamiliar". Dessa forma, como já explicitado, entendemos que a política de assistência social reconhece as desigualdades sociais existentes na sociedade capitalista, além das próprias vulnerabilidades oriundas do ciclo de vida dos sujeitos. Entendemos também que o reconhecimento da família enquanto ente primário na proteção dos seus membros procura romper com uma lógica histórica de intervenção individualista junto aos sujeitos usuários dessa política social. Contudo, ao analisar as contradições presentes no papel das famílias e do Estado a partir da execução das políticas públicas, Carvalho (2010) nos lembra que

> tanto a família quanto o Estado são instituições imprescindíveis ao bom funcionamento das sociedades capitalistas. Os indivíduos que vivem em sociedade necessitam consumir, além de bens e mercadorias, serviços que não podem ser obtidos pela via do mercado. Para alguns destes, dependem de serviços públicos ofertados pelo Estados; outros bens e serviços dependem da família, pela via de sua condição de provedora de afeto, socialização, apoio mútuo e proteção (Carvalho, 2010, p. 268).

Então, na sociabilidade capitalista, Estado e família dividem o papel de aparatos reprodutores desse sistema ao fornecerem atendimento às necessidades dos indivíduos, seja por meio de serviços, seja pelo trabalho reprodutivo no cuidado dos entes que compõem determinado núcleo familiar. Mioto (2015) complementa essa reflexão ao atentar que ainda pode haver atribuição de responsabilidades do Estado às famílias. Reitera a necessidade de que a família seja entendida enquanto ente a ser cuidado e protegido:

> a centralidade da família é garantida à medida que, na assistência social, com base em indicadores das necessidades familiares, se desenvolva uma política de cunho universalista, que além da transferência de renda em patamares aceitáveis se desenvolvam prioritariamente redes de serviços que suportem as tarefas cotidianas de cuidado, que atualmente se fazem à custa de uma alta dose de trabalho familiar não pago (Mioto, 2015, p. 138).

A família, com suas contradições, pode ser pensada enquanto espaço de proteção e desproteção para os sujeitos. Se considerarmos a realidade das PSR, verificamos que, por vezes, os vínculos familiares fragilizados também são um elemento que catalisa a saída de casa. A pesquisa intitulada “Perfil e mundo dos adultos em situação de rua em Porto Alegre”, realizada pela FASC e pela UFRGS em 2016, já analisava que, para 32,5% das PSR entrevistadas naquele momento, as relações familiares já eram um motivador para ida para as ruas. Em nossa pesquisa, também identificamos conflitos familiares nos depoimentos dos usuários participantes dos grupos focais:

> Usuária 07: Virava e mexia o meu pai estava me internando. Ele e o meu finado companheiro. A minha primeira internação no Hospital de Viamão foi em 2018, quando eu estava grávida. Ganhei meu bebê lá e o meu finado companheiro e o meu pai, doaram o meu bebê.

A proteção à maternidade e à primeira infância, prevista pela PNAS e pela Constituição Federal de 1988, não se materializou na experiência narrada pela Usuária 07. Os conflitos familiares com seu pai e seu companheiro anularam seu

direito exercer a maternidade, assim como violaram o direito de ela e seu bebê terem convivência familiar e comunitária, considerando o relato sobre sua primeira internação psiquiátrica. Ainda nesse sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990) pressupõe que seja assegurado, com absoluta prioridade, o direito de convivência familiar e comunitária, bem como o amparo do poder público às famílias para a garantia desse direito — o que não ocorreu com a Usuária 07 de acordo com o seu relato. Uma tendência do senso comum é relacionar o transtorno e o adoecimento mental com agressividade e violência; no caso das mulheres e da maternidade, isso pode promover a falsa ideia de “risco iminente” para as crianças. Nesse caso, interdita-se a voz e o desejo das mulheres, reproduzindo violências de gênero e violência doméstica, em âmbito familiar, e violência institucional, pois “a medicalização somada a repressão, no cenário das internações prolongadas das mães ‘incapazes’ [...] perpetuam a violência institucional” (Nunes; Bellini, 2025, p. 224).

Em relação à proteção aos idosos, seguindo no âmbito das relações familiares e do direito à convivência comunitária, o Usuário 17, um idoso, narra relações estabelecidas com sua filha:

> Usuário 17: [...] eu tô acolhido aqui por intermédio do Albergue [...]. Eu nunca fui morador de rua. É que eu tive um problema familiar com a minha filha. Eu sou de terceira idade.

Neste estudo, ele participou do grupo focal realizado com outros usuários acolhidos em um Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos. Antes de sua chegada ao acolhimento, já havia sido atendido em um albergue, mas não se identificava como PSR. Atribuiu sua ida para as ruas ao conflito familiar que estabeleceu com a filha. Aqui, identificamos o papel assumido pelo Estado no acolhimento institucional de pessoa idosa com vínculos familiares fragilizados, o que culminou na sua ida para as ruas. Entretanto, o papel de proteção social estabelecido na Constituição Federal de 1988 — garantia de um salário mínimo para pessoa idosa em situação de vulnerabilidade — se mostrou insuficiente para atender as necessidades desse idoso, pois as vulnerabilidades sociais extrapolam a perspectiva da ausência de renda, podendo ser de diversas ordens.

Os depoimentos dos usuários participantes desta pesquisa denotam relações familiares que reproduzem elementos de violência e desproteção. Essas violações se

manifestam de maneiras diversas, seja na interdição do direito de exercer a maternidade, seja nas internações psiquiátricas forçadas, na apropriação indevida de documentos ou benefícios, conflitos geracionais etc. A ampliação do papel protetivo das famílias pode ser compreendido como um importante elemento de prevenção da desproteção social à qual os sujeitos são submetidos. Essa ampliação deve perpassar, primeiramente, pelo reconhecimento da inerente produção de desigualdades sociais da sociedade capitalista e suas reverberações na realidade das famílias. Em segundo lugar, o acesso a bens e serviços pelas famílias pode potencializar substancialmente sua capacidade de exercer o trabalho não remunerado (Mioto, 2015) para o cuidado de seus entes.

Embora as falas que envolvam conflitos familiares tenham se sobressaído em nosso estudo, também identificamos aspectos de manutenção dos vínculos familiares na fala de uma usuária que se encontrava em Acolhimento Institucional Adulto — fato que geralmente representa o rompimento de vínculos familiares:

> Usuária 13: [..] eu tô indo visitar ela quase todos os dias, porque a minha mãe está com uma hérnia na barriga, eu tô indo visitar ela quase todos os finais de semana.

Ressaltamos que, embora importante, a responsabilidade de proteger as pessoas não deve recair unicamente na família. Lisbôa *et al*. (2022) nos advertem sobre o risco do “familismo” nas políticas sociais:

> o familismo é uma maneira de captação da presença da família no suprimento de responsabilidades que deveriam ser do Estado, ou seja, minimizar a intervenção do Estado no âmbito social e maximizar os seus encargos. É necessário pensarmos sobre o papel da família e o papel do Estado configurados atualmente para os interesses hegemônicos do neoliberalismo, pois só assim, é possível fortalecer a cidadania e contribuir para o processo de desfamiliarização. (Lisbôa *et al*., 2022, p. 9).

Ou seja, nas políticas públicas e sociais, é perceptível o aumento dos encargos atribuídos às famílias na lógica de operacionalização dos cuidados de seus membros. As autoras ainda reforçam o quão interessante é essa centralidade de responsabilização na família para as políticas de cunho neoliberal: a ausência do papel do Estado e sua consequente desresponsabilização atribuem ainda mais peso ao desempenho de um sem-número de tarefas às famílias; muitas vezes, é um papel desenvolvido pelas mulheres, no que concerne à tarefa do cuidar. O processo de

desfamiliarização é um contraponto ao entendimento de familismo (Mioto, 2009), pois rompe-se a culpabilização das famílias pela sua condição social, assim como a responsabilização total de prover proteção aos seus integrantes.

Ainda nesse sentido, é importante entender a configuração de família pensada pela e para as PSR. Nessa população, muito mais do que os laços consanguíneos, estão presentes os laços adquiridos nas relações cotidianas de sobrevivência, convivência na rua e nos serviços socioassistenciais e de saúde. Um conceito ampliado de família possibilita identificar as potencialidades desse grupo: famílias reconstituídas, a "camaradagem" da rua, os laços fraternos e os vínculos comunitários e solidários transcendem e configuram novos tipos de família.

Dando continuidade à discussão sobre as seguranças afiançadas pela PNAS (Brasil, 2005) e sua relação com a proteção social, apresentamos a **segurança de acolhida**, entendida

> como uma das seguranças primordiais da política de assistência social. Ela opera com a provisão de necessidades humanas que começa com os direitos à alimentação, ao vestuário e ao abrigo, próprios à vida humana em sociedade. A conquista da autonomia na provisão dessas necessidades básicas é a orientação desta segurança da assistência social. É possível, todavia, que alguns indivíduos não conquistem por toda a sua vida, ou por um período dela, a autonomia destas provisões básicas, por exemplo, pela idade — uma criança ou um idoso —, por alguma deficiência ou por uma restrição momentânea ou contínua da saúde física ou mental. (Brasil, 2005, p. 31).

Considerada uma das principais seguranças previstas na política de assistência social, a segurança de acolhida se ocupa em garantir as necessidades humanas essenciais. Embora reconheça as vulnerabilidades presentes no ciclo de vida dos sujeitos, bem como as vulnerabilidades decorrentes de questões de saúde (físicas ou mentais), esse excerto da PNAS não se ocupa dos aspectos de exclusão social promovidos de forma inerente pelo próprio capitalismo. Ademais, os aspectos que constituem a "provisão de necessidades humanas" extrapolam as linhas invisíveis que compõem as diferentes políticas sociais. O relato do Usuário 03 denota isso.

> Usuário 03: O CRAS uma vez eu fui. [...] Eu fui umas duas vezes lá... até me deram um "rancho"! Eles queriam me dar um "rancho". E eu disse: eu vou levar "rancho" para onde? (risos dos participantes). Eu preciso é de um lugar para dormir! Entendeu? Fome a gente passa. Mas na madrugada, na chuva... o frio, o abandono, descaso, preconceito, uma série de coisas que envolve. Eu acredito que a pessoa tem que ser forte. Tem que ser forte! Porque se não

> acaba na droga, na cachaça... ou pior: acaba desenganado. E isso é o pior de tudo.

Embora tenha tido “acesso” a um serviço da rede socioassistencial garantido, o Usuário 03 não teve suas necessidades compreendidas nem acolhidas. Ao narrar o recebimento de um benefício eventual de cesta básica, que nomeia como “rancho”, desvenda a incapacidade institucional em realizar, de fato, sua acolhida e efetivar o entendimento e o atendimento de suas necessidades. A resposta mecânica e institucionalizada com a oferta imediata de um benefício socioassistencial não viabilizou a escuta das vulnerabilidades do Usuário 03 nem possibilitou compatibilidade da resposta institucional às suas demandas enquanto PSR naquele momento.

As vulnerabilidades narradas pelo Usuário 03 ultrapassam a “fome” e a falta de “um lugar para dormir”, chegando à vivência de “abandono, descaso e preconceito”, que, em suas palavras, podem levá-lo a ser “desenganado”, ou seja, podem levá-lo à morte. Isso escancara as faces perversas da desproteção social e explicita que a garantia de proteção social aos sujeitos deve ultrapassar a segurança de acolhida, as ofertas previstas na política de assistência social, demandando intervenções intersetoriais. Relacionamos a fala desse usuário com as ideias de Mota (2010): ao narrar “o mito da assistência social”, a autora demonstra a “onipotência” dessa política social como único recurso disponível ofertado pelo Estado para as populações invisíveis.

> Ao absorver as demandas derivadas do agravamento das condições de vida e trabalho da população brasileira através de políticas compensatórias, como é o caso da Assistência Social, o Estado Brasileiro define sua principal estratégia de enfrentamento da “questão social”. Nestes termos a Assistência Social passa a assumir, para uma parcela significativa da população, a tarefa de ser *a* política de proteção social e não parte da política de proteção social. (Mota, 2010, p. 144).

Reiteramos e destacamos a crítica da autora quando ela salienta que o Estado brasileiro tem convocado a política de assistência social como a principal resposta às diferentes demandas de proteção social da população — em especial, da população mais vulnerável. Compreendemos que a crítica se refere à supressão da responsabilidade e da atuação de outras políticas públicas que são igualmente necessárias para a concretização da proteção social: políticas de saúde, habitação, educação, previdência social etc. A assistência social não deve e tão pouco possui

condições para, sozinha, ser a única política pública responsável por se ocupar com a proteção social.

Ainda nesse sentido, o relato da Trabalhadora 06 complementa o quadro de inclusão perversa promovido pela ação compensatória da política de assistência social. Ao falar sobre a ausência de outras políticas públicas, destaca que há PSR que ingressam em espaços de Acolhimento Institucional Adulto[39] quando, em sua avaliação, deveriam ser encaminhadas para o Serviço Residencial Terapêutico (SRT)[40]:

> Trabalhadora 06: [...] **E cada vez mais o que eu percebo é que a gente tem acolhido e a gente tem sido esse braço para a política de saúde, porque a política de saúde, infelizmente, não tem espaço para acolher essas pessoas que teriam essa necessidade maior e ai podemos falar de um SRT, enfim, e como não tem esse espaço, não tem essa vaga, a gente acaba acolhendo,** então cada vez mais um tensionamento, em nível de gestão mesmo, para que os espaços da assistência acolham. Então, por vezes, a gente tem discussão de ingresso de equipes que vêm assim, ampliadas, naquela pressão de **"tem que acolher!, tem que acolher!"** e a gente entende, quando ouve o histórico que sim, precisa de um acolhimento, mas não seria dentro de um espaço da política de assistência. Seria em um espaço de saúde né... E pela ausência, pelo esgotamento da rede, a gente acaba acolhendo [...] (grifos nossos).

Com a fala da Trabalhadora 06, verificamos a materialização do caráter contraditório da política social. Embora o Acolhimento Institucional Adulto, um local de coleta de dados desta pesquisa, materialize-se enquanto instrumento viabilizador de proteção social para PSR e demais grupos vulnerabilizados, também exerce um papel de reprodutor de violências quando é espaço inadequado para atender às necessidades de uma parcela da população. Esse relato da Trabalhadora 06, coletado durante a pesquisa, coaduna com o excerto de Mota (2010) quando analisamos a sobrecarga e a sobreposição de funções e de políticas de assistência social, além de um apagamento da política de saúde para o atendimento de um determinado extrato social. Falaremos da política de saúde enquanto política de proteção social na próxima seção.

---

[39] Acolhimento provisório com estrutura para acolher, com privacidade, pessoas do mesmo sexo ou grupo familiar. É previsto para pessoas em situação de rua e desabrigadas por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito sem condições de autossustento. (Brasil / Tipificação Nacional de Serviços Assistenciais, 2009).

[40] O Serviço Residencial Terapêutico (SRT), residência terapêutica ou simplesmente "moradia" é composto por casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não (Brasil, 2004).

Ainda na análise dos objetivos da política de assistência social, chama a nossa atenção o lugar estabelecido para o trabalho dentro da política de assistência social: propiciar a promoção e a integração dos usuários no mercado de trabalho. A assistência social tem como um de seus principais objetivos atender sujeitos que se encontrem à margem da inserção formal na esfera produtiva. É de sua responsabilidade viabilizar a “porta de saída” célere, promovendo a proteção social por meio da reinserção no trabalho — este sim reconhecido como provedor de proteção social, em razão do seguro social e da previdência social dos trabalhadores. Por fim, o reconhecimento da necessidade de “redução” — e não eliminação — da pobreza e da extrema pobreza só foi incluído como um dos objetivos da assistência social em 2021, por meio de Emenda Constitucional, 33 anos após a promulgação do texto original. Ademais, considerando as seguranças de acolhida presentes na NOB/SUAS (2005), estabelecemos relação com a **segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia)**.

Sobre a relação que se estabelece entre trabalho e proteção social, Pereira (2013) tece uma crítica à perspectiva de “trabalho” apontada pelas políticas capitalistas de proteção social:

> é óbvio que o trabalho de que falam os defensores da ideologia burguesa é o assalariado, inerentemente explorador, alienado, hostil à emancipação humana. E, portanto, um trabalho que representa uma distorção violenta do trabalho que, nos termos da economia política crítica, define a espécie humana; isto é, do trabalho entendido como uma necessidade humana vital, mediante o qual homens e mulheres interagem positivamente com o mundo que os cerca e com a natureza, não só para terem os seus carecimentos materialmente atendidos, mas também para desenvolver coletivamente a sua própria humanidade. Logo, o trabalho assalariado é incompatível com a linguagem dos direitos sociais, que, em tese, não se pauta pelo princípio da competição e da exploração. Pelo contrário, tais direitos, no capitalismo, deveriam proteger, inclusive mediante a política pública de assistência, os cidadãos trabalhadores das consequências adversas do trabalho assalariado, movendo para tantos meios e recursos não mercantilizados de prevenção e intervenção. (Pereira, 2013, p. 648).

A autora enfatiza a contradição entre um dos objetivos da política de assistência social — inserção ou reinserção dos usuários no mercado de trabalho — e o que se mostra incompatível com o acesso aos direitos sociais. Se o trabalho explorado é, por nós, reconhecidamente fonte de desproteção social, como objetivar que os sujeitos atendidos por essa política social superem elementos de desproteção, sendo reiteradamente inseridos em sua fonte causadora? Eis a contradição.

A análise dos dados desta pesquisa salienta a importância dada pelos trabalhadores da política de assistência social à inclusão dos usuários em espaços formais de trabalho. A Trabalhadoras 11 e 13 ilustram essa questão ao narrarem a vivência do acompanhamento de um usuário do Centro POP que foi desligado do serviço por superar as vulnerabilidades:

> Trabalhadora 11: O usuário ficou dois anos em auxílio moradia, tinha um acompanhamento assíduo ali no CAPS, ele tinha um problema, tinha um problema com alcoolismo, ele conseguiu se superar, se organizar e agora no mês passado ele veio dizendo que com o auxílio moradia e com o trabalho que ele conseguiu de carteira assinada como motorista da empresa Restinga, ele entrou com um pedido de “Minha Casa Minha Vida”, com um apartamento na Restinga. Então é um caso de sucesso [...] uma superação de situação de rua em 100% vamos dizer assim né.
>
> Trabalhadora 13: Mas, cabe ressaltar, que ele conseguiu fazer isso por quê? Já tinha CNH, já tinha experiência de carteira assinada como motorista, então ele juntou um dinheiro, renovou a CNH dele... ele tinha uma história, que contribuiu, possibilitou que ele fizesse isso. E aí ele fez a organização dele, comprometido com o atendimento, tudo isso. Mas usuários que não tiveram essa oportunidade assim, que não teve escolaridade, que não têm carteira de habilitação... né? Então ele fez isso, mas ele fez por conta própria. Ele fez, ele criou condições próprias de fazer isso. Não foi o Estado, não foi nenhuma política pública que contribuiu para essa organização financeira dele e de trabalho, sabe? Então, uma política pública mesmo, voltada para a geração de renda, para o trabalho, para inserção das pessoas que estão em situação de rua ou que já estiveram em situação de rua... é isso que falta assim. Ele é um em um milhão porque ele tinha essas condições. Mas e os que não têm?

Há uma dupla contradição nas falas das trabalhadoras. Primeiro, embora façam menção a uma série de políticas públicas e sociais — saúde, educação, assistência social etc. — que foram acessadas pelo usuário, suas falas não apresentam o reconhecimento coletivo desses acessos enquanto recursos de proteção social efetivados pelo sujeito e garantia de seus direitos. Por outro lado, há uma supervalorização de seu “empenho individual”, coroado pela sua reinserção no mercado formal de trabalho, sendo esse aspecto tomado como garantia de que ele superou suas vulnerabilidades, pois atingiu um “status de cidadania”, quase que numa lógica de meritocracia.

A política de “geração de trabalho e renda” é requerida para salvaguardar a proteção social dos sujeitos. Mais uma vez, recorremos a Pereira (2013) para discutir o tema. Ao se referir ao direito ao trabalho, a autora explana que

> se o ser humano tem direito ao trabalho, tal como está escrito nas Declarações dos Direitos Humanos, esse direito não deveria ter como

> fundamento a necessidade de lucro do capital; mas sim a vital necessidade humana de exercer um trabalho que não se confunda com labor precário, escravizador, e nem com a ética hedonista do consumo induzido pela propaganda, pelas facilidades creditícias, pelo incentivo ao endividamento e pela monetização da proteção social. (Pereira, 2013, p. 648).

Compactuamos com o pensamento da autora e reiteramos as ideias de Marx (2010, p. 82) quando ele afirma que “o trabalho produz maravilhas para os ricos, mas produz privação para o trabalhador”. A garantia de proteção social alardeada no capitalismo incorre sempre no retorno do trabalhador à venda de sua força de trabalho e ao trabalho explorado. A produção de proteção social no capitalismo, necessariamente, sempre incorrerá na manutenção da aptidão do trabalhador para que ele siga produtivo. Essa contradição pode ser verificada na própria fala dos trabalhadores da assistência social quando falam da exploração e da precariedade das condições de seu próprio trabalho:

> Trabalhadora 14: Eu vejo muita necessidade e pouca contrapartida do ponto de vista de investimento público. Então a gente atende aí, em torno de cento e poucas pessoas [inaudível] quando eu comecei a trabalhar aqui, pouco mais de um ano atrás, não chegava... era difícil as setenta fichas né, ou até ia nas setenta fichas, mas hoje quando a gente vai distribuir as fichas ali na frente, a gente não volta, nunca sobrando... [...] isso significa que tem mais gente com fome, mais gente acessando, mais gente querendo comer... e não é que a gente não queira dar. É que a gente não tem aquela possibilidade. Cobertores: outra coisa que me impactou agora esta semana. Um moço me pediu: “Bah, eu tenho um cobertor. Mas eu quero mais um. Tu podes me dar mais um?”. E aí tem que olhar para pessoa e dizer: “Olha, eu tenho cobertores aqui. Mas se eu der mais um para ti, eu estou deixando de dar para uma pessoa que não tem nenhum”. Então, essa equação de falta, de faltas, é uma coisa que, na minha opinião, me impacta, eu me sinto marcada, isso me agride muito... e eu sei que a gente está fazendo o melhor, está fazendo com o que tem... nós aqui não temos varinha mágica para fazer mais. Mas, falta muito.

Em sua fala, a trabalhadora sinaliza a ampliação da sobrecarga de trabalho nos últimos anos. Embora se identifique que o volume de atendimento aumentou, não se percebe, concretamente, um investimento da gestão pública que incremente o serviço. A privação de recursos mínimos para o desenvolvimento do trabalho, seja materializado na concessão de cobertores para PSR no inverno, na insuficiência de trabalhadores para garantir os atendimentos ou na fragilidade dos vínculos de trabalho, acarreta sofrimento mental para a trabalhadora, uma vez que ela se sente pessoalmente responsável pelas inoperâncias que observa na política social em que atua. O gestor público maior se retira do processo de tomada de decisão no que

concerne à viabilidade de execução dos serviços. Quem permanece na linha de frente administrando a “equação de faltas” é a trabalhadora, que se sente agredida, em suas próprias palavras, pela falta de condições mínimas para realizar o atendimento da população. Essa realidade coaduna com os achados de Couto *et al*. (2019), que em pesquisa realizada em 2018, intitulada “Estudo Avaliativo da Implementação do Sistema Único de Assistência Social/SUAS no Brasil” identificaram as “condições perversas a que estão submetidos os trabalhadores, o que tem gerado processos de adoecimento” (Couto *et al*., 2019, p. 352). Salientamos, assim, que as faces perversas da desproteção social atingem não somente os usuários dos serviços das políticas públicas, mas também seus executores terminais.

Ainda no campo do adoecimento e do trabalho, a fala dos usuários das políticas públicas também sinalizavam, com frequência, elementos de desproteção social acarretados pela impossibilidade de inserção no mercado formal de trabalho, em razão de adoecimento físico e psíquico. A Usuária 10 nos ilustra essa situação em seu depoimento durante a participação em um grupo focal:

> Usuária 10: [...] eu não tenho condições de trabalhar. Não tenho casa. Eu tive uma casa, uma vez. Mas eu tive muito trauma. Fiquei traumatizada. Cheguei a ficar doente. Me deu até ameaça de ataque cardíaco. Me deu seis ameaças de AVC. Eu sou epilética. Eu tenho depressão. Eu tenho osteoporose, aqui do ombro para baixo. Eu tenho agora também, uma dificuldade nesta vista esquerda, para enxergar também. E agora começou a me aparecer um problema no coração também. E agora eu tô procurando fazer uns exames para ver se eu consigo um BPC. Tentar mais uma vez... se não der, o que é que eu vou fazer?

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um importante marco dos objetivos atribuídos à assistência social a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. O BPC prevê a concessão de um salário mínimo mensal aos idosos e às pessoas com deficiência que não conseguirem prover sua subsistência ou tê-la provida por sua família. Porém, a partir dos dados colhidos, percebemos que, por vezes, na realidade empírica, o BCP ocupa um lugar de “auxílio-doença” para os trabalhadores informais ou que não se enquadrem nos critérios estabelecidos pela previdência social. Por não estarem abarcados no “guarda-chuva” de proteção social no modelo de seguro social, com contribuições individuais sistemáticas ou recolhimento de contribuições através do trabalho formal, esses sujeitos recorrem à proteção social da renda advinda do BPC para terem alguma renda. Isso ocorre quando se encontram impossibilitados de trabalhar por alguma questão de saúde,

mesmo que não se configure como uma deficiência ou não sejam idosos. A Usuária 10, que não é idosa, contou o calvário que percorreu tentando receber esse benefício em razão de questões de saúde que foi adquirindo ao longo dos anos e que, embora não se configurem como deficiência, a impossibilitam de exercer atividade laboral. Mota (2010) ratifica a

> relação contraditória entre previdência e assistência em função da vinculação das coberturas da previdência com a existência dos vínculos com o trabalho assalariado e da assistência com os não inseridos no mundo do trabalho, os pobres. (Mota, 2010, p. 136).

Com base no exposto, inferimos que a massa de sobrantes, ou seja, dos não contemplados pelas relações formais de (exploração) do trabalho, acaba por ser de "responsabilidade" da política de assistência social. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de desempregados/desocupados no Brasil, no quarto trimestre de 2024, era de 6,8 milhões [41]. Esse excedente populacional que não consegue se inserir no mercado formal de trabalho, constituindo o que Marx (2013) definiu como "exército industrial de reserva", é atendido pela política de assistência social; porém, ela não seria **mais** uma política de proteção social, mas talvez a **única** política de proteção social. Segundo a PNAS (2005),

> a segurança de rendimentos não é uma compensação do valor do salário mínimo inadequado, mas a garantia de que todos tenham uma forma monetária de garantir sua sobrevivência, independentemente de suas limitações para o trabalho ou do desemprego. É o caso de pessoas com deficiência, idosos, desempregados, famílias numerosas, famílias desprovidas das condições básicas para sua reprodução social em padrão digno e cidadã (Brasil, 2005, p. 31).

Ao se referir à "garantia de que **todos** tenham uma forma monetária de garantir sua sobrevivência" (grifos nossos), a PNAS esbarra em uma série de contradições. Segundo Carnelossi (2017), os benefícios socioassistenciais monetizados representam, em média, 95,5% do orçamento nacional destinado para política de assistência social, e os serviços socioassistenciais correspondem a apenas 4,5% dos recursos utilizados. Embora correspondam a um montante significativo, as regras

[41] Desemprego. Dados do IBGE. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php

estabelecidas para o BPC e para o Programa Bolsa Família (PBF) ainda são impeditivos de acesso para “todos”.

O BPC se destaca por ser definido enquanto direito social na Constituição Federal de 1988, assim como por romper com a lógica de seguro social — presente nos demais benefícios previdenciários — ao não exigir contribuições prévias para a sua concessão. Contudo, uma de suas principais regras exige renda per capita familiar de até ¼ de salário mínimo, idade mínima de 65 anos para idosos (independente de gênero) ou comprovação de deficiência permanente ou incapacidade para o trabalho determinada por perícia médica operacionalizada pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Dessa forma, tais regramentos se colocam como uma barreira significativa no acesso a esse direito social, viabilizando o acesso para famílias e indivíduos em situação de extrema vulnerabilidade e pobreza. Carnelossi (2017) ainda ressalta as tensões e contradições presentes na avaliação de um benefício de proteção social não contributivo em uma instituição cuja finalidade é operacionalizar benefícios contributivos e previdenciários. A autora afirma que

> emergem os relatos de tensão entre o acesso e a execução de um benefício da proteção social não contributiva num serviço que opera benefícios sociais contributivos e previdenciários. Essa tensão é mais latente no âmbito da perícia médica que compõe o quadro de trabalhadores do INSS, cuja formação profissional muitas vezes distante de uma concepção de saúde integradora das dimensões bio-psico e político-social, tem participação central no indeferimento do acesso ao BPC, tendo uma significativa participação nas situações de restrição de acesso à proteção social não contributiva. Essa forma de gestão do BPC pela Previdência Social adotada em 1996 indica certo preconceito com a capacidade gerencial da política de assistência social quando se trata da distribuição em massa de benefícios. Embora o BPC seja benefício constitucionalmente previsto no âmbito da Assistência Social, ele é gerido pelo INSS sob a lógica e a cultura política que orbitam os direitos contributivos, como os benefícios previdenciários (Carnelossi, 2017, p. 109-110).

Esse aspecto de desproteção social associado ao acesso à renda de um benefício de proteção social não contributiva emergiu na fala dos participantes da pesquisa. Embora não se caracterize como uma deficiência, o transtorno mental, por vezes, é identificado pelos sujeitos como um limitador para a inserção no mercado formal de trabalho. Dessa forma, eles recorrem ao encaminhamento do BPC para garantir o direito à renda, mas nem sempre esse direito é reconhecido para esse público em específico. No excerto a seguir, demonstramos essa desproteção com um diálogo estabelecido entre a pesquisadora e a Usuária 10:

> Usuária 10: [...] uma coisa que eu acho que não pertence para nós, esse negócio do INSS também né? Agora eu já não sei se já pertence...
> Pesquisadora: O que é que não é bom? O que tu achas que não pertence ao INSS?
> Usuária 10: Eu acho assim, que demora muito, assim, para eles conseguirem as coisas. Para encaminhar as coisas.
> Pesquisadora: Tu tens algum benefício?
> Usuária 10: Não. Eu tenho só o Bolsa. E o cartão branco, aquele... cidadão [...]
> Pesquisadora: E tu chegaste a pedir algum benefício?
> Usuária 10: Cheguei. 06 vezes. Mas foi negado. Eu não tenho condições de trabalhar.

A desproteção social narrada pela Usuária 10 não se refere somente à negativa de concessão de BPC por meio do INSS: denota também um “não lugar”, uma falta de pertencimento ao direito à renda garantido por esse benefício socioassistencial. Sua operacionalização, atravessada pela lógica do seguro social contributivo, não auxilia que o BPC assuma e ratifique sua “identidade” de proteção social não contributiva, tornando-se um “calvário” de novas tentativas de encaminhamento e de negativas frustrantes para os elegíveis ao benefício.

O Bolsa Família é outro Programa de Transferência de Renda com Condicionalidades (PTRC) que se relaciona conceitualmente à segurança de rendimentos prevista na PNAS (2005). Porém, assim como o BPC, ele tem critérios de renda que excluem uma parcela significativa da população vulnerável. Ao instituir como critério para acessá-lo o valor de R$ 218,00 per capta, ele atinge famílias e indivíduos em pobreza extrema. O Bolsa Família aparece com recorrência na fala de usuários e trabalhadores, caracterizado como importante inserção dos sujeitos na busca por proteção social:

> Usuário 09: É! É o Bolsa [Família]. E aí eu pego todo mês. Vou com a minha identidade e pego o Bolsa [Família].

Embora a segurança de sobrevivência seja prevista, ressaltamos que o Bolsa Família acaba por abarcar apenas uma parcela mais vulnerável da população, contemplando aqueles que se encontram em extrema pobreza, reiterando a focalização da política de assistência social. Embora sejam importantes para famílias e indivíduos, os PTRC não enfrentam questões centrais na produção de desigualdades e pobreza, como a distribuição desigual de bens e serviços e a

concentração de renda nas camadas mais abastadas da sociedade. Nos termos de Carnelossi e Bernardes (2014, p. 305),

> o real enfrentamento da pobreza no Brasil depende de uma atenção por parte do Estado realmente comprometido com seus fatores causais, dialogando com a totalidade dos direitos sociais e estabelecendo uma comunicação com as políticas econômicas, agrárias, tributárias, habitacionais, inflacionárias, culturais, entre outras, ampliando sua base de financiamento e eliminando mecanismos estatais de concentração de renda.

Ou seja, a efetiva segurança de sobrevivência perpassa aspectos muito maiores que a política de assistência social. Está relacionada e condicionada à integração dos diferentes direitos e políticas sociais, assim como a uma distribuição mais equânime das riquezas produzidas socialmente. Por fim, a segurança plena de sobrevivência não é passível de ser atingida na sociabilidade capitalista, pois a produção de desigualdades é elemento constituinte desse modelo de sociedade.

3.3 POLÍTICA DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE COMO POLÍTICA DE PROTEÇÃO SOCIAL

A política de saúde compõe, juntamente com a política de assistência social e a previdência social, o tripé da Seguridade Social brasileira desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. O setor da saúde, presente na constituinte, foi garantido a partir de duras disputas de poder entre os integrantes do Movimento da Reforma Sanitária e o setor privado de saúde. O Movimento da Reforma Sanitária vinha defendendo, desde a década de 1970, uma nova forma de conceber e garantir atendimentos de saúde, ao passo que a iniciativa privada se alinhava a uma nova onda neoliberal que se expandia no país na década de 1980, defendendo uma perspectiva cada vez mais privatista da política de saúde.

Como já explanado anteriormente, o Movimento da Reforma Sanitária teve em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um marco importante na construção dos elementos que, posteriormente, viriam compor o Sistema Único de Saúde (SUS). As bases fundamentais de discussão da referida conferência foram: a perspectiva de saúde enquanto direito inerente à personalidade e à cidadania; a necessidade de reformulação do sistema de saúde nacional em vigência naquele momento histórico; e o financiamento do setor (Bravo, 2009). Ao longo das década de 1970 e 1980,

coletivos de trabalhadores, sindicatos, entidades de classe, usuários, partidos políticos, universidades, programas de pós-graduação, pesquisadores e movimentos sociais já vinham discutindo temas como a universalização do acesso à política de saúde, a perspectiva de saúde enquanto um direito social que deve ser provisionado pelo Estado, a reestruturação do setor por meio de um sistema unificado de saúde, a democratização das decisões com a criação de conselhos de saúde e a descentralização das decisões, contemplando municípios e estados (Bravo, 2009).

Em contraponto ao Movimento da Reforma Sanitária, grupos empresariais do setor saúde — com destaque à Federação Brasileira de Hospitais (privados) e a Associação de Indústrias Farmacêuticas — defendiam os interesses privatistas e mercadológicos desse segmento, considerando a expressiva rentabilidade do setor, principalmente dos serviços de alta complexidade e tecnologia. A proposta desses grupos empresariais era reatualizar o modelo médico assistencial privatista "pautado na Política de Ajuste, que tem como principais tendências a contenção dos gastos, com racionalização da oferta, e a descentralização, com isenção de responsabilidade do poder central" (Bravo, 2009, p. 101). Ou seja: o modelo médico assistencial privatista vai de encontro aos princípios de universalização e garantia de direito à saúde pelo Estado. A focalização proposta acarreta a existência de dois subsistemas de saúde: um sistema público, que atende apenas às parcelas mais vulnerabilizadas da população; e um sistema privado, que atua na lógica de mercado, acessando aqueles com condições de comprar o "produto".

O modelo médico assistencial privatista conseguiu manter, na Constituição Federal de 1988, o setor complementar de saúde, garantindo a privatização de parcela importante da política de saúde, respaldada legalmente pela constituinte [42]. Mesmo com esses desafios, o Movimento da Reforma Sanitária concretizou importantes conquistas para o setor de saúde pública brasileiro, conforme expresso na Constituição Federal de 1988. Destacamos aqui os art. 196, 197 e 198:

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
> Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou

[42] Ver o artigo 199 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

> através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III – participação da comunidade. (Brasil, 1988).

Na disputa de interesses conflitantes, importantes elementos conceituais foram garantidos, como a perspectiva inovadora de prevenção à saúde, superando um modelo historicamente curativo e centrado na recuperação de doenças. Dessa forma, prevenção, proteção e recuperação atingem um patamar de igualdade e relevância. A regulamentação da saúde pelo poder público e o dever estatal de regular e fiscalizar a formulação e a execução da política de saúde também são um marco importante, que, mais tarde, culmina na formulação do SUS enquanto um sistema integrado e nacionalizado, garantindo parâmetros comuns de atendimento em todo território nacional. Por fim, destacamos as diretrizes da saúde brasileira, que, como podemos observar, ressaltam muitos dos princípios norteadores do Movimento de Reforma Sanitária, sendo elas: i) descentralização, garantindo a execução e a participação de estados e municípios; ii) atendimento integral, com ênfase na prevenção e com uma atuação mais próxima das comunidades por meio do que se constituiria como Atenção Primária em Saúde; e iii) a participação das comunidades e da população, por meio dos (mas não somente) posteriormente criados Conselhos Municipais e Locais de Saúde.

A regulamentação da política brasileira de saúde com uma legislação própria só ocorreria com a Lei n. 8.080 de 1990, ou seja, dois anos após a Constituição de 1988. Essa legislação constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), assim como seus objetivos e diretrizes e as responsabilidades dos órgãos federados, além de reiterar a participação do mercado por meio da saúde suplementar. Aqui, destacamos uma importante diferença temporal entre as políticas de saúde e as de assistência social: a regulamentação da política de assistência social e sua organização enquanto sistema integrado ocorreu mais de 15 anos após a promulgação da Constituição de 1988. Esse período histórico, como já enfatizado, foi permeado pelo robustecimento do ideário neoliberal enquanto modelo de Estado no Brasil. Segundo Iamamoto (2009),

> a crítica neoliberal sustenta que os serviços públicos, organizados a base de princípios de universalidade e gratuidade, superdimensionam o gasto estatal. Daí a proposta de reduzir despesas (e, em especial, os gastos sociais), diminuir atendimentos, restringir meios financeiros, materiais e humanos para implementação dos projetos. Programas focalizados e seletivos substituem as políticas sociais de acesso universal. (Iamamoto, 2009, p. 175).

A autora reitera o achatamento da presença estatal em serviços e políticas públicas de caráter universal, seja por subinvestimento, diminuição do número de trabalhadores, falta de incremento de insumos etc. Nesse período histórico e na contemporaneidade, verificamos que há um desacordo entre o SUS previsto na legislação e idealizado pela Reforma Sanitária e o SUS real que presta atendimento à população. Para Bravo (2009), o SUS real

> foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas de saúde privado, como espaço de um sistema segmentado. [...] A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou. (Bravo, 2010, p. 107).

Essas discrepâncias podem ser verificadas na comparação entre os princípios e diretrizes organizativas do SUS e suas manifestações concretas da realidade. Em nossa pesquisa, vamos enfatizar a análise nos três principais princípios: ***universalidade***, ***equidade*** *e* ***integralidade*** (Brasil, 1990).

A **universalidade** se refere ao acesso em todos os níveis de assistência do SUS (Brasil, 1990). Destaca-se enquanto princípio da política de saúde porque se refere ao atendimento dos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, desde a atenção primária até a alta complexidade, incluindo os serviços em saúde mental. A universalidade ser colocada como diretriz legal é revolucionário se pensarmos no histórico de políticas de saúde nacionais, pois rompeu com o modelo de saúde que, na lógica do seguro social, demandava vínculo empregatício ou destinava para a filantropia o acesso à saúde da maioria da população. Contudo, no SUS materializado, o "acesso é focalizado nos mais pobres e pauperizados, que enfrentam, em geral, extensas filas objetivas ou virtuais, [...] gerando um grande número de demandas não contempladas pelo sistema" (Soares, 2012, p. 97). A Trabalhadora 11 de nossa pesquisa revela, em sua fala, a dificuldade em encaminhar as PSR para serviços de saúde mental no município de Porto Alegre.

> Trabalhadora 11: Eu acredito que investimento na saúde principalmente [...] deveriam ser, principalmente esta questão da saúde mental, deveriam ter

> mais CAPS né e espaços de saúde portas abertas. Que não tivesse esse fluxo tão demorado de passar por um sistema. [...] Então vai aumentando a população [com demanda em] saúde mental, vai aumentando a população em situação de rua e os serviços não vão aumentando né? Vão só reduzindo e vão dificultando para acontecer as entradas no serviço, né?

O "sistema" referido pela trabalhadora é o Gercon, sistema informatizado utilizado pela prefeitura de Porto Alegre para gerenciar atendimentos especializados de saúde. Esse sistema materializa a colocação de Soares (2012) ao demonstrar, materialmente, a presença das filas virtuais para acesso aos serviços especializados no município. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre[43], no mês de junho de 2024, a especialidade "saúde mental adulto" ocupava o 4º lugar no ranking de fila de espera para atendimento, havendo, naquele momento, 5.310 adultos aguardando em fila de espera.

Cabe ressaltar que, em Porto Alegre, o atendimento em CAPS trabalha com a modalidade de demanda espontânea da população apenas nos CAPSad, serviço que acompanha, especificamente, usuários maiores de 16 anos com uso de álcool e outras drogas. Os CAPS II, que atendem transtornos mentais não relacionados ao uso de álcool e outras drogas, dependem de encaminhamento dessa especialidade pelas Unidades Básicas de Saúde (UNS) ou outras portas de entrada aos serviços de saúde, via sistema informatizado. No site da prefeitura de Porto Alegre (2023b), no que diz respeito aos CAPS II, consta haver quatro equipamentos e, quanto aos CAPSad, oito (equipamentos em toda a extensão do município de Porto Alegre. Considerando que, apenas os Consultórios na Rua são de uso exclusivo para população em situação de rua e que os CAPS podem ser acessados por toda população de Porto Alegre, a noção de vazio assistencial fica mais nítida.

A fala da Trabalhadora 11 não somente explicita a necessidade de ampliação dos serviços de saúde mental para atender o público usuário, como reitera a necessidade de que esse acesso se efetive de fato. O gargalo entre a demanda e o número de serviços e profissionais disponíveis para atendimento no SUS demonstra, por si só, que o princípio da universalidade não se concretiza plenamente. Ademais, quando nos referimos ao acesso das PSR aos serviços de saúde mental, cabe destacar que, contraditoriamente, mesmo que essa parcela esteja entre os extratos

[43] Disponível em: https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/secretarias/sms/fila%20consultas%202024/GERCON%20%20FILA%20DE%20ESPERA%20CONSULTA%20JUNHO%20DE%202024.pdf

mais pauperizados e vulnerabilizados dos públicos usuários do SUS, elas acabam não tendo sucesso em acessar o serviço. Isso ocorre porque apenas a possibilidade de **acesso** não é suficiente: os serviços de saúde devem contar com **acessibilidade**. O que se verifica, na prática, é que a acessibilidade das PSR não ocorre devido: à dificuldade de localizar essas pessoas para atendê-las, após transcorrido um longo tempo de espera na fila de atendimento, dado que algumas têm características mais nômades ou são expulsas dos locais onde costumavam permanecer; à dificuldade de cumprir agendas e horários inflexíveis; ao sentimento de desvalia ou de não pertencimento aos serviços de saúde; ao fato de que ainda existem serviços de saúde que se mantêm fixos em salas e consultórios e não atendem nos espaços da rua etc.

Outro elemento de desproteção social e não concretização do atendimento universal em saúde comumente observado no atendimento às PSR é a ausência de documentos pessoais ou comprovante de residência. Tal aspecto é tão significativo e recorrente que ensejou a promulgação da Lei n. 13.714/2018, que dispõe que a

> atenção integral à saúde, inclusive a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal, nos termos desta Lei, dar-se-á independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com a diretriz de articulação das ações de assistência social e de saúde. (Brasil, 2018).

Contraditoriamente, mesmo que se caracterizem como de acesso universal, as políticas de saúde e de assistência social precisam de mecanismos legais complementares para que a universalidade se efetive de fato. Apesar de já se masterizarem como políticas sociais focalizadas no atendimento dos segmentos mais vulnerabilizados e pauperizados, verifica-se a criação de subcategorias de exclusão. Neste caso, isso se dá pelo fato de os sujeitos não conseguirem acessar serviços de saúde pela ausência de documentos pessoais ou ausência de habitação.

Seguindo nessa perspectiva, passemos à análise do princípio de **equidade.** Para Soares (2012), na política de saúde, a equidade referenda que “todos têm direito ao atendimento de acordo com a diversidade de suas necessidades, de modo que seja garantida a igualdade na diferença” (Soares, 2012, p. 97). Embora a Lei n. 8.080/1990 não utilize, especificamente, o termo “equidade”, refere que o SUS deverá garantir “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (Brasil, 1990). Cabe ressaltar, que os princípios do SUS se

entremeiam e se complementam: a concretização de um sistema universal pressupõe a capacidade de atender as multiplicidades, as particularidades e as subjetividades dos diferentes sujeitos que acessam o sistema. Dessa forma, pensar a “igualdade na diferença” remete ao reconhecimento das múltiplas manifestações dos processos de saúde e adoecimento, bem como das possibilidades interventivas junto à população usuária.

As pessoas em situação de rua, com suas características heterogêneas, apresentam uma multiplicidade de demandas e necessidades em saúde, especialmente de saúde mental, o que requer serviços atentos a fim de garantir o princípio da equidade. Entretanto, por vezes, nem o mínimo acesso à saúde consegue ser concretizado por essa população. Pagot (2012), em sua pesquisa de doutorado, realizada junto à população em situação de rua no município de Porto Alegre em um serviço de saúde mental, apresentava os entraves no acesso desse grupo populacional aos serviços de saúde da capital já no ano de 2012:

> temos conhecimento da existência de sujeitos em situação de rua que permanecem defronte a hospitais e UBSs, estando os mesmos não incluídos nas agendas de trabalho das equipes como parte de sua tarefa de atendimento. [...] Algumas UBSs e PSFs, conforme orientação da gerência de saúde e da coordenação de saúde mental da SMS, devem atender à população de rua. Entretanto o que fazem cotidianamente é prestar atendimento apenas a pessoas que têm domicílio próprio. (Pagot, 2012, p. 99).

Pensar um atendimento de saúde que concretize a equidade passa pela necessidade de, minimamente, “incluir na agenda” de atendimento dos serviços a existência dessa população. Talvez, antes de tudo, seja necessário “enxergar” essa população que fica em frente aos prédios dos serviços de saúde e refletir sobre o entendimento dessa política enquanto lócus de atendimento, sala de atendimento e consultório. Reconhecer as necessidades de atendimento da população em situação de rua no que concerne à política de saúde requer a capacidade de “sair da sala”, “sair do consultório”. Quando nos propomos a, de fato, atender uma população que “não sai de casa para ir ao atendimento”, não cabe a nós, profissionais da saúde, sair de nossas “salas, consultórios, gabinetes” e ir para os espaços de ruas, marquises, vielas, pontes e viadutos? Essa perspectiva de efetivar a política de saúde de forma ampliada rompe com um modelo histórico de atendimento nos serviços, atravessado por relações de poder entre os detentores do “saber saúde” e os “pacientes”.

Compreendendo essa necessidade de “sair da sala”, o município de Porto Alegre, de maneira inovadora, atuou por muitos anos com o Programa Saúde da Família (PSF)[44] Sem Domicílio. Esse serviço surgiu com o intuito de

> ser uma equipe itinerante altamente capacitada para prestar atendimento nas ruas. No entanto, o cotidiano acabou construindo um outro tipo de arquitetura. O serviço passou a atender na própria sede, na maior parte do tempo, com uma forte demanda de caráter segregacionista. Isso porque as UBS encaminham essa população, em vez de assumi-la como parte de seu território, dificultando a saída das equipes do PSF para o atendimento nas ruas. (Pagot, 2012, p. 98).

As contradições da realidade indicaram perspectivas positivas e negativas para o PSF Sem domicílio. Embora o serviço tenha se caracterizado, por vezes, como uma forma de outros serviços de saúde se eximirem da responsabilidade de atender as PSR em seus territórios de origem, entendemos que a criação de um serviço específico para essa população significa uma acolhida mais humanizada, mais alinhada às demandas especificas dessa população, garantindo um processo mais equânime no atendimento das necessidades de saúde. Contudo, mais uma vez, fica evidente a necessidade de focalização da política de saúde para garantir um atendimento que poderia ocorrer em qualquer outro serviço da rede. Com isso, vemos que os limites entre a garantia de equidade, os processos de exclusão e a revitimização de uma população que, historicamente, sofre violações de direitos são tênues.

Em 2011, após uma atualização da legislação com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), foram criados os Consultórios na Rua, extinguindo o antigo PSF Sem Domicílio na capital gaúcha. Segundo a PNAB, “a responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a atenção básica” (Brasil, 2012, p. 62). Mesmo reiterando que o atendimento das PSR pode ocorrer em qualquer serviço de saúde, a PNAB ressalta a utilização dos Consultórios na Rua como estratégia para ampliar o atendimento dessa população, tendo “responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das

[44] O Programa Saúde da Família (PSF) foi implementado pelo governo federal em 1994, sendo substituído, em 2006, pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). A mudança na nomenclatura é alterada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pois os programas possuem prazo definido para término, ao passo que as estratégias se configuram como ações continuadas e de tempo indeterminado (Brasil, 2012).

pessoas em situação de rua" (Brasil, 2012, p. 62). As equipes de Consultório na Rua fazem parte da atenção básica em saúde e podem contar com quatro a seis profissionais em sua composição[45].

No site da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2023a), identificamos menção a duas equipes de Consultório na Rua; cada equipe tem área de abrangência específica para atuar: uma atua na região da zona norte e outra atua na região central de Porto Alegre. Considerando que Porto Alegre é uma metrópole, salientamos o grande vazio de atendimento na maior parte da cidade. Apesar das limitações, o Trabalhador 15 considera importante a parceria estabelecida entre Consultório na Rua e um Centro POP:

> Trabalhador 15: O Consultório na Rua é bem nosso parceiro. Eles vêm duas vezes ao mês e às vezes quando a gente necessita, em algum caso urgente, eles também vêm, eles dão o suporte, e são uma parceria bem forte. São os caras que estão sempre presentes, firmou bem uma parceria com eles. [...] Sempre que a gente precisa, necessita, eles estão aqui conosco, fazendo testagem. As vezes a gente necessita para algum idoso, para ir para acolhimento, eles vêm quando a gente necessita, quando a gente precisa eles vêm e dão esse suporte para nós.

Na fala do Trabalhador 15 sobre a parceria entre o Centro POP e o Consultório na Rua, verificamos o reconhecimento da importância do trabalho intersetorial e da necessidade de serviços de saúde específicos para as PSR para a materialização do princípio de equidade. Contudo, por estarem alocados na APS, os Consultórios na Rua têm limitações técnicas e tecnológicas para atender demandas em saúde que, muitas vezes, necessitam de outros serviços da rede e intervenções mais complexas ou específicas. Coloca-se, com isso, mais uma barreira para a concretização do princípio da equidade, pois, por vezes, as equipes relatam — sejam da política de assistência social ou da política de saúde — a negativa de atendimento às PSR nos

---

[45] Conforme as Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017 e Portaria GM/MS nº 1.255, de 18 de junho de 2021 as equipes dos Consultórios na Rua podem ser organizadas em três modalidades:
Modalidade I – equipe formada minimamente por 4 (quatro) profissionais, entre os quais 2 (dois) destes obrigatoriamente deverão estar conforme a letra A (descrição acima) e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B;
Modalidade II – equipe formada minimamente por 6 (seis) profissionais, entre os quais 3 (três) destes obrigatoriamente deverão estar conforme a letra A (descrição acima) e os demais entre aqueles descritos nas letras A e B;
Modalidade III – equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.
Item 1: Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional
Item 2: Agente Social, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem, técnico em Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, profissional de Educação Física e profissional com formação em Arte e Educação.

diferentes serviços que compõem a rede. Isso pode ser visto desde a negativa do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de atender a PSR[46] até a impossibilidade de internação psiquiátrica sem a presença de uma equipe do Consultório na Rua ou de um serviço de assistência social para “autorizar” a internação.

O princípio da equidade se relaciona diretamente ao princípio da **integralidade.** Segundo a Lei n. 8.080/1990, a integralidade é o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990). A concretização do princípio da integralidade pressupõe a participação de outros atores para além da política de saúde. Além do reconhecimento do sujeito em sua integralidade, ou seja, o “reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa” (Nogueira; Mioto, 2009, p. 224), a integralidade pressupõe

> a articulação de cada serviço com a rede complexa composta por todos os outros serviços e instituições [...] fica evidente que a integralidade não é atributo específico de uma determinada profissão e nem de um serviço, mas compreende distintas práticas profissionais interdisciplinares que se articulam no campo da promoção da saúde, através de diferentes serviços e instituições. (Nogueira; Mioto, 2009, p. 224-225).

Sendo assim, a integralidade está diretamente relacionada ao atendimento dos usuários do SUS em todos os níveis de complexidade de atendimento, assim como o reconhecimento da necessidade de intervenções setoriais e intersetoriais conjuntas, a fim de considerar as variadas necessidades e demandas apresentadas pelos sujeitos. Essa ideia perpassa o conceito de fatores determinantes da saúde, pois

> não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Dentre os diversos fatores determinantes da saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios socioeconômicos e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamento interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para promoção e a recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado. (Nogueira; Mioto, 2009, p. 229).

---

[46] “**Morador de rua aguarda duas horas e 23 minutos para receber atendimento do Samu”** (https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/geral/morador-de-rua-aguarda-duas-horas-e-23-minutos-para-receber-atendimento-do-samu-1.270203)

A integralidade enquanto princípio se relaciona com o conceito ampliado de saúde, explicitado na Lei n. 8.080/1990: ela é atravessada por “determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Brasil, 1990). A necessidades em saúde ultrapassam as demandas curativas e biomédicas centradas, relacionando-se às condições (ou a falta de condições) materiais, aspectos socioeconômicos e acesso a bens e serviços produzidos social e coletivamente. Percebe-se, então, que, as desigualdades sociais fazem mal à saúde.

O acesso e a acessibilidade a serviços — e aqui focando na saúde mental — da rede do município de Porto Alegre são processos desafiadores. Conforme já mencionado anteriormente, o atendimento nos CAPS — com exceção dos CAPSad — é regulado pela fila de espera invisível do sistema informatizado Gercon. A frieza da fila parece não reconhecer as especificidades de determinadas populações vulnerabilizadas, pois tem dificuldade de assimilar, por exemplo, a característica de “trecheiro”[47] das PSR. O Usuário 09 nos narra o motivo de não estar conseguindo acessar o serviço de saúde mental especializado no município de Porto Alegre:

> Usuário 09: No CAPS daqui? Eu não posso porque eu não pertenço aqui. Eu sou de outra cidade. E isso aí eu quero abrir uma reclamação sobre eles também. Eles são obrigados a me atender, se eu estou em Porto Alegre.

Na fala do Usuário 09, que denota indignação sobre a negativa que recebeu para acessar um CAPS em Porto Alegre, identificamos a violação do princípio da integralidade, decorrente da incapacidade do sistema em absorver a população usuária dentro de suas características. O Usuário 09 nos narrou que costumava ficar em situação de rua em Porto Alegre e em outros municípios da região metropolitana, não lhe sendo facultado acesso ao serviço de saúde mental nos períodos em que permanecia em Porto Alegre, pois, sendo de outro município, diz “não pertenço aqui”. Qual é a perspectiva de pertencimento e dos conceitos de territorialização e município para uma população que é constantemente expulsa dos lugares públicos em que

[47]Os trecheiros “são as pessoas em situação de rua que não têm residência fixa e circulam entre as cidades, ‘correm trecho’. A permanência em cada cidade normalmente é curta e está vinculada ao ganho de dinheiro. Quando o ganho reduz, mudam para outra. A escolha de cada cidade também segue um calendário de festas locais, onde o ganho é mais significativo” (Andrade; Andrade, 2022, p. 16-17).

permanece justamente por não ter habitação? Qual é o território de abrangência dos serviços de saúde de um contingente populacional que não tem Código de Endereçamento Postal (CEP)? Além da situação de rua, os usuários nessa condição que têm transtornos mentais apresentam outras intersecções de violação de direitos e desproteção social:

> a vida na rua, para os doentes mentais em particular, reveste-se de maiores dificuldades com relação a outros habitantes na mesma condição. Isso porque são criminalizados pela polícia e objeto de agressão da comunidade, transeuntes e inclusive de outros 'sem teto', com quem não chegam a desenvolver laços sociais [...] apresentam como um de seus sintomas característicos o fato de fugir dos lares; esse sair pela rua está associado, muitas vezes, à falta de condições que a família tem de dar conta de sua enfermidade; assim, eles acabam vagando pelas ruas [...] (Pagot, 2012, p. 87).

A violência e as violações de direitos a que são expostos os sujeitos com transtorno mental e que se encontram em situação de rua, por vezes, começam em uma família sem meios e/ou apoio de políticas públicas propícias para a garantia de seu cuidado. A reprodução dessa violência segue nas ruas e continua na violência institucional, que ocorre seja por meio de aparatos de repressão do Estado, como forças de segurança, seja pelas políticas públicas que deveriam proteger essa população e garantir seu atendimento, como no exemplo trazido pelo Usuário 09 a respeito do (não) acesso ao CAPS. Cabe ressaltar que, contraditoriamente, o Centro POP seguia atendendo esse usuário no serviço do município de Porto Alegre. Nesse sentido,

> considerando as vulnerabilidades a que a população em situação de rua que sofre de transtornos mentais está exposta, a heterogeneidade em suas demandas e necessidades, a responsabilidade e os limites das políticas públicas em proteger essa população, acredita-se que a intersetorialidade e a integralidade podem fomentar encontros convergentes a partir da escuta, tendo como estofo o respeito, a alteridade, a dignidade, a compreensão dessas pessoas na sua integridade e o direito a saúde como direito a vida. Nessa perspectiva, a integralidade e intersetorialidade se entrelaçam e transbordam "as linhas invisíveis" que permeiam as políticas públicas. (Ramon; Bellini, 2025, p. 67).

A concretização do princípio da integralidade perpassa, inequivocamente, o trabalho intersetorial e a articulação das diferentes políticas públicas. O reconhecimento de que duas das principais demandas da população em situação de rua quanto à saúde é o direito à vida e o acesso ao direito à moradia realmente

concretiza a ideia de um conceito ampliado de saúde. Não é uma tarefa fácil, mas entendemos que um dos muitos desafios postos para as políticas públicas se refere à transposição das barreiras colocadas e à atuação conjunta nas intersecções das políticas públicas e seus serviços.

Neste capítulo, analisamos a proteção social ao longo da história, assim como as modificações nas políticas públicas e nos sistemas de proteção social do Brasil ao longo das décadas, chegando à abertura política (pós-ditadura militar) e a promulgação da Constituição Federal de 1988. Analisamos os objetivos da assistência social de acordo com a Constituição Federal, assim como as seguranças afiançadas pela PNAS; em nosso entendimento, esses são os balizadores legais para a produção de proteção social por meio da política de assistência social. Nos deparamos com uma série de contradições entre os textos orientadores e a realidade cotidiana vivida pelos sujeitos que operam e pelos que acessam essa política social. Realizamos esse mesmo exercício ao nos debruçarmos sobre os dispositivos legais e sua relação com a realidade concreta, mas sob o ponto de vista da saúde. Analisamos os princípios constituintes do SUS, resultantes do Movimento da Reforma Sanitária, confrontando com a realidade cotidiana narrada pelos trabalhadores e pelos usuários que participaram desta pesquisa.

Embora as inegáveis conquistas da classe trabalhadora estejam expressas nos documentos analisados, é necessário ponderar sobre os desafios da realidade para que as seguranças afiançadas pelo SUAS e os princípios do SUS se materializem efetivamente. A responsabilidade pela materialização dos princípios e objetivos das políticas públicas não pode recair unicamente sobre os trabalhadores, pois se encontra atrelada a (falta de) condições de trabalho e a (falta de) investimento público. A não efetivação dos objetivos das políticas públicas enquanto políticas de proteção social pode significar que estas não cumprem seu papel no tripé da seguridade social, mas, ao contrário, reproduzem elementos de desproteção social.

No próximo capítulo, analisaremos, com mais profundidade, a política de saúde mental ao longo da história, assim como o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileiro e o atendimento das PSR pelos seus serviços na atualidade.

4 SAÚDE MENTAL AO LONGO DA HISTÓRIA: NAVEGANDO NA NAU DOS LOUCOS E APORTANDO NO CUIDADO EM LIBERDADE

4.1 UMA ABORDAGEM HISTÓRICA DA SAÚDE MENTAL

> *Logo que a Aurora, de dedos de rosa, surgiu matutina, os companheiros tratei de exortar, instruções transmitindo para embarcarem, também, e as amarras de trás desprenderem. Sobem, por isso, os demais para bordo, e nos bancos se sentam, todos em ordem, batendo com os remos nas ondas grisalhas. O coração apertado, vogamos dali para diante, ledos por termos da Morte escapado, com perda dos companheiros. (A Odisseia – Homero).*

A relação da sociedade com a dita “loucura” se modifica historicamente. Ao longo das mudanças que perpassaram a sociedade, a loucura foi ganhando novas roupagens e perspectivas. Se, em dado momento histórico, o tratamento disponibilizado para os ditos “loucos” era o isolamento e a clausura, desde a meados do século XX esse paradigma passa a ser questionado de forma política, legal e teórica. Porém, apesar dos avanços, percebe-se que velhas amarras históricas continuam presentes. Ainda hoje, mesmo que a perspectiva do cuidado em liberdade esteja em pauta, observa-se que manifestações que evocam o isolamento e o afastamento da “loucura” ainda persistem. Um exemplo desse fenômeno são as internações psiquiátricas compulsórias de usuários de álcool e outras drogas. Segundo Azevedo e Souza (2017, p. 503), em relação “às populações em situação de vulnerabilidade, como as que vivem na rua, em que se considera que a internação compulsória uma reparação dos fracassos do Estado e das políticas de saúde”, a realização de internações à revelia dos sujeitos, através de sentenças judiciais, é um exemplo de prática que vai na contramão da Reforma Psiquiátrica e do cuidado em liberdade.

A notória contribuição de Foucault (2019) em sua obra *A história da loucura* permite compreender como a loucura e seu enfrentamento vêm se desenrolando ao longo dos séculos. No início da obra, ao se referir à loucura no final da Idade Média e no início do Renascimento, o autor retrata a figura do louco como detentor da crítica e da sátira, pois

> se a loucura conduz todos a um estado de cegueira em que todos se perdem, o Louco, pelo contrário, lembra a cada um sua verdade; na comédia em que todos enganam os outros e iludem a si próprios, ele é a comédia em segundo

> grau, o engano do engano. Ele pronuncia, em sua linguagem de parvo, que não se perece com a da razão, as palavras racionais que fazem a comédia desatar no cômico: ele diz o amor para os enamorados, a verdade da vida aos jovens, a medíocre realidade das coisas para os orgulhosos, os insolentes e os mentirosos (Foucault, 2019, p. 14).

No excerto, o autor anuncia a razão e a sabedoria por trás da loucura. A figura do “louco”, do “parvo”, vai apresentar algumas verdades que não poderão ser ditas por outrem. No período histórico abordado, das Grandes Navegações, o impulso da “loucura” é apresentado por Foucault como possibilidade de movimento, descoberta de novas terras, curiosidade em busca de novos conhecimentos por filósofos, alquimistas e cientistas que estão surgindo.

Seguindo no desenvolvimento do livro, ele narra como os leprosários vão substituindo, paulatinamente, o isolamento dos “lazarentos” pelos doentes com doenças venéreas e, posteriormente, pelos “loucos”. A exclusão social e o isolamento nos leprosários se aplica a todos os perfis ditos “desviantes”: os pobres, os vagabundos, os presidiários e os “cabeças alienadas”. São acolhidos em espaços essencialmente geridos pela Igreja Católica, no intuito de atingirem a regeneração e a “reintegração espiritual” (Foucault, 2019).

Ao apresentar uma famosa imagem renascentista, Foucault (2019) resgata a figura da “Nau dos Loucos”. As embarcações de grande porte se fazem presentes na literatura do período da Renascença, apresentando heróis que cruzam fronteiras em histórias épicas ou satíricas. Na “Nau dos loucos” — que de fato existiu —, os sujeitos com transtornos mentais — ou ditos como “desviantes” — eram detidos pelas autoridades locais e forçados a embarcar em um navio com destino a outra cidade. Temos, assim, uma “loucura circulante”, em que os sujeitos identificados como pária social são remetidos para outro porto, desejando ou não. A figura do louco e do nômade se confunde e se concretiza nesse período.

Substituindo o lugar da circularidade da loucura, o surgimento do Hospital Geral incrementa o processo de exclusão e enclausuramento. O Hospital Geral “não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (Foucault, 2019, p. 50). A loucura e a pobreza passam, então, a se confundir. A limpeza dos centros urbanos com o enclausuramento dos sujeitos ditos “vadios” recrimina a pobreza e abre uma nova atuação para as igrejas. Por meio da caridade, as igrejas passam a

contribuir para a “limpeza das cidades”, alocando os pobres e os loucos em suas instituições (Foucault, 2019; Feier, 2014).

Foucault (2019) reitera que o Hospital Geral se misturava com outras estruturas de coerção da época, como as *Workhouses* (Casas de Trabalho). Segundo Pereira (2009), em meados de 1600, na tentativa de classificar os pobres como aptos e inaptos para o trabalho, as instituições foram reordenadas por meio de uma nova *Poor Law* (Lei dos Pobres). Dessa forma, os ditos “pobres impotentes” — idosos, enfermos crônicos, deficientes visuais e doentes mentais — deveriam ser alojados em *Poor-Houses* ou *Almshouses* (asilos ou hospícios). Já os “pobres capazes para o trabalho” seriam alojados nas *Workhouses*, e os capazes para o trabalho mas que se negavam a fazê-lo deveriam ser encaminhados para casas de correção. Além disso, crianças órfãs eram entregues a qualquer um que se dispusesse a empregá-las para realização de trabalho doméstico (Pereira, 2009).

Pereira (2009) complementa que as casas de trabalho forçado, além de cercearem a liberdade dos sujeitos e famílias, apresentavam-se como única forma possível de auxílio público. A alimentação era racionada, as famílias eram separadas e as condições de habitabilidade eram precárias. Nesse contexto de total desproteção e abuso das *Workhouses*, “muitos mendigos preferiam a total desproteção pública a se submeterem aos seus ditames” (Pereira, 2009, p. 78).

Os movimentos de controle da pobreza e da loucura se materializam historicamente nas cidades. O papel da Igreja Católica se mostra fundamental nesse processo, pois os pobres e loucos deveriam se manter associados a uma paróquia, fosse para realizar o trabalho nas *Workhouses*, fosse para se manterem institucionalizados nas *Poor-Houses.* A pobreza é encarada como desvio de caráter, e a “libertinagem” deverá ser punida. Pobreza e loucura se confundem, e a limpeza das cidades é a tônica da sociedade burguesa. As instituições totais se ocupam de tirar os sujeitos indesejados dos olhos de todos. Esse fenômeno de higienização social por meio de instituições asilares é mundial e brasileiro. Segundo Bisneto (2007, p. 156),

> as políticas sociais tradicionais no campo da saúde mental reforçavam a reprodução da sociedade de classes. Os asilos, com suas práticas de exclusão e isolamento, eram também usados para neutralizar as pessoas que procediam de forma diferente dos ditames das elites dominantes. Desse modo, as clínicas psiquiátricas podiam ser usadas para internar “desviantes sociais”, tais como usuários de drogas leves, pessoas de sexualidade “imoral”

> (homossexuais, sodomitas, adulteras), adeptos de religiões diferentes da dominante (umbandistas), pessoas de etnias diferentes da elite, entre outros. No brasil, isso ocorreu com frequência até praticamente a década de 1970.

Esse contexto de higienização das cidades e exclusão dos sujeitos considerados “indesejáveis” nos ajuda a compreender a atualidade. Embora as *Workhouses* e as *Poor-Houses* não existam mais enquanto instituições, os ideários que as atravessavam ainda hoje se materializam no contexto de atendimento nas políticas de assistência social e de saúde mental.

Em seu livro-reportagem intitulado *Holocausto Brasileiro*, Daniela Arbex (2013) — já no título do livro — estabelece relação entre o genocídio praticado pelos nazistas contra judeus e outras minorias na Segunda Guerra Mundial e a morte de mais de 60.000 pessoas no Hospício Colônia, o maior do Brasil, situado no município de Barbacena, Minas Gerais. Tendo funcionado na lógica asilar entre as décadas de 1930 e 1980, milhares de pacientes foram internados nesse hospital à força — muito mais numa perspectiva de “controle dos corpos indesejados” do que de fato por apresentarem transtornos mentais.

Entre os pacientes, estavam pessoas com diagnóstico de epilepsia, usuários de álcool, homossexuais, profissionais do sexo, mulheres e meninas vítimas de violência sexual praticada por seus patrões, andarilhos, pessoas em situação de rua, mulheres vítimas de violência doméstica, entre outros (Arbex, 2013). Os trabalhadores e “pacientes” do Colônia relatam os horrores aos quais os internos do hospital eram submetidos: violência física, alimentos estragados, água contaminada pelo esgoto, falta de proteção nos pátios da instituição, entre outras graves violações de direitos humanos que culminaram até em mortes. Franco Basaglia, psiquiatra reconhecido pelo seu pioneirismo na luta antimanicomial, quando conheceu o Hospital Colônia afirmou: “estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei tragédia como esta” (Arbex, 2013, p. 207).

Uma situação emblemática sobre a violação de direitos humanos e o tratamento dispensando para pessoas com transtorno mental é a condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos no que ficou conhecido como “Caso Ximenes Lopes *versus* Brasil”. Irene Ximenes Lopes, irmã de Damião Ximenes Lopes, denunciou, à Corte, o grave espancamento que acarretou, em 1999, na morte de Damião quando ele se encontrava internado em uma clínica psiquiátrica — Casa de Repouso Guararapes, em Sobral (CE) —, dois anos antes da promulgação da Lei n.

10.216/2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001). Diante da omissão e do silenciamento do Estado brasileiro, a Corte Interamericana admitiu a petição em 2002. Em 2006, o Brasil foi condenado pela violação dos direitos à vida, à integridade pessoal, às garantias judiciais e à proteção judicial, considerando a obrigação de respeitar e garantir os direitos previstos na Convenção Americana. A Corte entendeu que a denúncia não era apenas sobre as violações físicas contra a Damião, mas contemplavam violações de direitos humanos sofridas por sua família (Corte Interamericana de Direitos Humanos, 2006).

Compreender os caminhos históricos da constituição da saúde mental, seja em âmbito mundial ou âmbito nacional, nos auxilia a entender os atuais desdobramentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil e dos movimentos antimanicomiais.

4.2 SAÚDE MENTAL NO BRASIL: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O CUIDADO EM LIBERDADE

O movimento da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, tem início em meados da década de 1970, caminhando conjuntamente com a Reforma Sanitária. A Reforma Psiquiátrica inicia confrontando o modelo asilar e o atendimento à saúde mental centrado no hospital psiquiátrico. O ano de 1978 é considerado central para Reforma Psiquiátrica brasileira, pois é a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) — formado por trabalhadores da área da saúde, sindicatos, associações e conselhos profissionais, associações de familiares etc. — que surgem as primeiras denúncias e problematizações acerca das violências e das violações de direitos sofridas por pacientes psiquiátricos nos manicômios brasileiros (Brasil, 2005). Esse período histórico é concomitante a uma série de outros movimentos sociais que vão surgindo no Brasil entre final dos anos 1970 e início de 1980 e começam a demandar o fim da ditadura militar, a abertura política e a construção de uma nova Constituição Federal.

Em um período de efervescência social que culminou no fim da ditadura militar, foi realizado, em 1987, o II Congresso Nacional do MTSM, no município de Bauru, São Paulo, tendo como tema o conclame “Por uma sociedade sem manicômios”. Ainda nesse ano, foi realizada, no Rio de Janeiro, a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental. Amarante e Torre (2001) destacam a criação das primeiras

experiências substitutivas aos manicômios no território nacional, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em 1987, na cidade de Bauru, e o Núcleo de Atenção Psicossocial, em 1989, em Santos. Nunes (2023), em sua dissertação de mestrado, destaca a experiência de São Lourenço do Sul, Rio Grande de Sul: em 1988, foi fundado o CAPS Nossa Casa, primeira experiência no Rio Grande do Sul e a segunda no Brasil.

Ao longo da década de 1990 e após a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde e a saúde mental passam a constituir direito social. Em 1990, com o advento do SUS, o setor de saúde, presente na Constituição passa a ser operacionalizado por meio de um sistema descentralizado e universal. Em 2001, mais de 20 anos após o início do movimento da Reforma Psiquiátrica, foi promulgada a Lei n. 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001).

O aparato legal de ordenamento da saúde e da saúde mental brasileira é um inegável avanço no que concerne aos direitos dos usuários com transtorno mental. Contudo, o período histórico de promulgação dessas legislações acompanha, como já explanado no capítulo anterior, o acirramento do ideário neoliberal em território nacional. Assim, em relação às políticas públicas, o Estado é paulatinamente encolhido, pois as iniciativas particulares e as resoluções individuais (via mercado) são estimuladas. Para Iamamoto (2009), o neoliberalismo

> se expressa, de um lado, na naturalização do ordenamento capitalista e das desigualdades sociais a ele inerentes tidas como inevitáveis, obscurecendo a presença viva dos sujeitos sociais coletivos e suas lutas na construção da história; e, de outro lado, em um retrocesso histórico condensado no desmonte das conquistas sociais acumuladas, resultantes de embates históricos das classes trabalhadoras, consubstanciadas nos direitos sociais universais de cidadania, que têm no Estado uma mediação fundamental. As conquistas sociais acumuladas são transformadas em “problemas ou dificuldades”, causa de “gastos sociais excedentes”, que se encontrariam na raiz da crise fiscal dos Estados. (Iamamoto, 2009, p. 163).

No início dos anos 2000, o Brasil apresentava contradições em relação aos avanços das políticas públicas e sociais em geral e da política de saúde mental, em particular. Se, por um lado, importantes aparatos legais foram incrementados na consolidação da saúde mental da população brasileira, o enxugamento do Estado e o processo de precarização dessas políticas foram sendo cada vez mais latentes. As

ofertas de um “Estado Mínimo” se materializavam pela diminuição dos serviços ofertados, pela privatização dos serviços estatais através das parcerias público-privadas, pelas terceirizações, por atendimentos de caráter focalizado e somente para as camadas mais pauperizadas, pela repressão e criminalização de movimentos sociais e dos trabalhadores. Ainda nesse sentido, Bisneto (2007) chama atenção para a precarização na substituição dos leitos psiquiátricos por outros serviços substitutivos, pois os governos neoliberais

> estão interessados em diminuir os custos da assistência psiquiátrica dos hospitais do Estado. Aproveitam-se da onda neoliberal para não internar pacientes, mesmo sem criar serviços alternativos suficientes, diminuindo verbas e não contratando novos profissionais. Mas contraditoriamente [...] os governos continuam interessados em repassar verba pública para os empresários do setor psiquiátrico e “terceiro setor” filantrópicos, através de convênios que pagam internação para os usuários dos serviços de Saúde Mental, para continuar enriquecendo a burguesia e outros setores conservadores que compõem a base de sustentação de seus mandatos (Bisneto, 2007, p. 42).

O desmantelamento da política de saúde mental se caracteriza por um “não ser”: se, de um lado, há uma proposital “economia” ao não atender os sujeitos com transtorno mental em leitos psiquiátricos, com a justificativa da lógica antimanicomial e do cuidado em liberdade, do outro, a construção de serviços substitutivos, como os CAPS, não acompanha essa equação. Acaba-se sem uma coisa e sem a outra. Com relação ao fortalecimento do terceiro setor, pode-se dizer que cada vez mais há uma ampliação dos processos de terceirização dos trabalhadores que atuam diretamente na execução da política de saúde. No município de Porto Alegre, dados do Relatório Anual de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde mostram que, em 2023, apenas na APS, o número de trabalhadores terceirizados foi de 2.112, sendo que o número total de trabalhadores efetivos da Secretaria Municipal da Saúde é de 4.158. Ou seja: o número de trabalhadores terceirizados, apenas na atenção primária, era mais de 50% do total de trabalhadores efetivos de todos os postos da SMS.

As práticas de cuidado em liberdade se confundem e são atravessadas por atualizações do conservadorismo manicomial. No início de 2025, o executivo municipal de Porto Alegre sancionou a Lei n. 14.182, de 17 de janeiro de 2025, que “institui a Política Pública de Internação Humanizada no Município de Porto Alegre e dá outras providências” (Porto Alegre, 2025). Inicialmente, a promulgação de uma legislação sobre a humanização das internações psiquiátricas pode parecer uma

medida positiva; contudo, em uma leitura atenta, observamos que ela tem o seguinte público-alvo:

> [...] pessoas que estejam em situação de rua ou de vulnerabilidade em Porto Alegre e que possuam as seguintes características:
> I - dependência química crônica, com prejuízos à capacidade mental, ainda que parcial, e limitações na tomada de decisões;
> II - situação de rua e exposição a riscos que causem danos à sua integridade física ou à de terceiros devido a transtornos mentais preexistentes ou oriundos do uso de substâncias que alterem sua percepção ou forma de agir, tais como álcool ou drogas; ou
> III - incapacidade de emitir opiniões ou tomar decisões devido a transtornos mentais pré-existentes ou adquiridos (Porto Alegre, [2025])

Destacamos o público específico contemplado na legislação da Política Pública de Internação Humanizada: população em situação de rua e/ou vulnerabilidade social. *A priori*, determina-se que essa população possui “incapacidade de emitir opiniões ou tomar decisões devido a transtornos mentais” (Porto Alegre, 2025). Consideramos que um pré-requisito indispensável para uma prática de saúde humanizada pressupõe o direito ao desejo, à opinião e à decisão dos usuários da política de saúde — inclusive os com transtornos mentais e em situação de vulnerabilidade social e/ou em situação de rua. Após a especificação da população a quem se destina essa legislação, consta a possibilidade de internações serem realizadas sem consentimento:

> A política pública de que trata esta Lei será admitida para viabilizar a internação de pessoas em situação de vulnerabilidade, com ou sem consentimento, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, de assistência social ou de órgãos públicos integrantes do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad), com exceção de servidores da área de segurança pública, que constatarem a existência de circunstâncias que justifiquem a internação (Porto Alegre, 2025).

Tecendo análise sobre esse excerto, é contraditório que uma legislação municipal que se diz voltada à humanização defina, previamente, a possibilidade de internação sem consentimento em toda e qualquer situação que envolva pessoas em situação de vulnerabilidade. Salientamos que a lei não trata de situações extremas: ela não apresenta dispositivo que oriente sobre a internação sem consentimento apenas quando envolver situações de risco de vida iminente para os usuários com transtorno mental ou terceiros. Isso demonstra, portanto, uma lógica de banalização da internação psiquiátrica. Cabe ressaltar também a menção ao Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad), Lei Federal n. 11.343, de 23 de agosto de 2006 que

aborda, concomitantemente, aspectos de atendimento em saúde para usuários de drogas e elementos de repressão e sanções criminais à produção e ao tráfico ilícito de drogas. Pelo seu teor, analisamos que a legislação municipal se encontra mais preocupada com um alinhamento com a dita “guerra às drogas”, criminalizando a pobreza por meio de internações involuntárias, do que de fato preocupada com a humanização do atendimento das pessoas com transtorno mental e o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ademais, a gestão municipal atribui, aos trabalhadores — em especial os da saúde e assistência social —, a responsabilidade de indicação das internações, optando, novamente, pela priorização das internações psiquiátricas em detrimento do estabelecimento de fluxos intersetoriais que contribuam para o fortalecimento da RAPS e do efetivo cuidado em liberdade.

4.3 PROCESSOS INTERVENTIVOS COM USUÁRIOS COM DEMANDAS EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

A minha alucinação é suportar o dia a dia
E meu delírio é a experiência com coisas reais
(Belchior)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde mental como “um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza suas capacidades, supera o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui de alguma forma para sua comunidade” (OPAS/OMS, 2022, p. 1). Cabe aqui tecer crítica à perspectiva de saúde mental elencada pela OMS: em uma sociedade de superexploração do trabalho, pautada na competição e no individualismo, em que a própria OMS reconhece que 90% da população mundial é acometida por estresse, entendemos que essa conceituação beira o inatingível e o idílico. O sofrimento mental, assim como a produção de desigualdades sociais, é elemento constitutivo do capitalismo.

Por vezes, o processo interventivo junto a usuários com demandas em saúde mental ou com adoecimento mental tem seu ponto de partida em entraves à concretização de ações intersetoriais. Os trabalhadores da política de assistência social participantes desta pesquisa narram desafios colocados à realização de um trabalho mais aproximado das equipes de saúde mental. Em Porto Alegre, o atendimento pelos CAPS II e III não ocorre na modalidade de “portas abertas” ou por demanda espontânea. O atendimento em especialidades em saúde, assim como saúde mental, é regulado a partir do sistema informatizado denominado Gercon, o

qual se configura como uma “fila de espera” informatizada, onde o usuário aguarda pelo atendimento especializado.

Embora, no caso das pessoas em situação de rua, haja algumas exceções para acesso ao atendimento no CAPS — como a possibilidade de discutir situações específicas através do apoio matricial[48] com equipes de saúde mental e os CAPS álcool e drogas poderem atuar na modalidade de busca espontânea em situações que envolvem diagnósticos de transtorno mental —, por regra, o atendimento dos usuários é regulado pelo sistema informatizado. Isso acarreta uma série de entraves por se tratar de uma população com altos níveis de vulnerabilidade social, comportamento nômade — o que dificulta a localização do usuário —, organização dos serviços com agendas e horários rígidos, impossibilidade de realizar o atendimento das PSR no próprio espaço da rua, entre outros. Essa realidade é explicitada na fala da Trabalhadora 13:

> Trabalhadora 13: Eu acho o fluxo com os CAPS II bem complicados, assim. Eu já trabalhei em outros Estados, em outras cidades. Em Recife, na Bahia, em Fortaleza... e os CAPS são portas abertas né? Os CAPS II também são portas abertas. Então, para mim, é uma novidade que aqui em Porto Alegre, o CAPS II tinha um fluxo ainda mais criterioso e inacessível que era: através da Unidade de Saúde, inserir o usuário no GERCON e aguardar na fila de espera. Isso poderia levar mais de um ano. As pessoas que têm transtorno mental, que estão desorganizadas, não podem esperar um ano. E isso acabava sempre levando esses casos graves para a emergência. Então era através da SAMU, Postão da Cruzeiro, Postão do IAPI... e isso sobrecarrega a emergência também né. Não é assim que se organiza a Rede ou o fluxo. Agora avançou um pouco com essa possibilidade de pautar os casos mais graves na reunião, discutir o caso e se abrir exceções para acolher esses casos depois da reunião. Mas ainda assim é diferente do fluxo da RAPS em outras cidades né? Porque o fluxo da RAPS é... a RAPS está ali a 3.088 toda estruturada e é para ser um serviço de porta aberta. Acho que seria bem mais acolhedor para os usuários e mais fácil da rede trabalhar também se esses casos... Tem muitos casos e muito graves. Que estão em situação de rua e tem transtorno [mental], mas também tem outras coisas que o CAPS faz, por exemplo, que a gente aqui não participa. Tem o “Juntos na rua” que acontece com a equipe de abordagem, que vai na rua e aborda junto. Então eu sei que o médico do CAPS vai e vai mais alguém da equipe. E eles tem conseguido fazer algumas abordagens assim, algumas internações, quando necessário. O CAIS Mental faz o “Juntos na Rua” também. O psiquiatra ia, às vezes, abordar. Mas isso para casos que já estão há anos em situação de rua, que já estão no Ministério Público, que já estão na PSE [FASC], que tem processo... Não é algo que assim, um usuário novo, chega aqui para a gente, a gente percebe que a pessoa tem uma questão de transtorno [mental] não

[48] O apoio matricial é uma metodologia para “organizar o trabalho interprofissional, tanto em equipes quanto em redes de atenção à saúde [...]. Utiliza, além dos conceitos de trabalho compartilhado e de cogestão, o referencial da interdisciplinaridade, visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado, em suas dimensões sociais, sanitárias e pedagógicas, e objetiva a construção de corresponsabilidade no cuidado em saúde entre equipes multiprofissionais e profissionais apoiadores especialistas” (Castro; Campo, 2015, p. 456).

> faz uso de substância, não podemos encaminhar para o CAPSad, aí dificulta né... Então tem que esperar... o cara chega aqui no dia 10, passou a reunião. Tem que esperar a primeira sexta-feira do outro mês para pautar o caso em reunião, para poder levar a demanda... A pessoa não tem esse tempo para esperar.

A narrativa da Trabalhadora 13 denota o desafio de identificar demandas em saúde mental de usuários atendidos e acompanhados pelo Centro POP e que esbarra na burocracia de atendimento da RAPS. O estrangulamento da rede de serviços de saúde mental exige que os trabalhadores façam a árdua escolha de o que priorizar entre as situações mais graves. A fala da Trabalhadora 13 reforça o impacto da inexistência de um atendimento de saúde mental que, em sua totalidade, seja realizado por demanda espontânea. Ademais, salienta a sobrecarga das duas únicas emergências em saúde mental do município de Porto Alegre, bem como a sobrecarga dos CAPS Ad, pois acabam acolhendo uma demanda que extrapola os objetivos do serviço. Aqui, cabe ressaltar, por meio de análise crítica, que a própria distinção entre usuários com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas pode incorrer na não concretização de um olhar integral.

Por outro lado, embora saliente os entraves, a fala da Trabalhadora 13 reconhece alguns avanços no âmbito da intersetorialidade de políticas de saúde e assistência social, como a estratégia “Juntos na Rua”, em que equipes do Consultório na Rua e equipes do CAPS II realizam intervenções no lócus da rua. Cabe ressaltar que “a intersetorialidade no seu sentido mais simples pressupõe diálogo profícuo entre diferentes setores a fim de construir respostas articuladas e efetivas às demandas da população” (Ramon; Bellini, 2025, p. 66).

Seguindo na análise sobre os desafios e as possibilidades para o desenvolvimento de um trabalho intersetorial entre as políticas de assistência social e as de saúde mental, a Trabalhadora 06 narra sua experiência no processo de intervenções realizadas conjuntamente entre serviços de ambas as políticas:

> Trabalhadora 06: E aí muitas vezes o que eu observo é que as equipes de saúde tem uma expectativa para além do que é possível a gente dar conta... então hoje a gente tem um perfil de usuário, pelas discussões de caso, elas tem sido importantes assim neste sentido, porque a gente compreende a necessidade de um usuário que está vinculado a um equipamento de saúde, prioritariamente de saúde mental, ou AD ou um CAPS... e a necessidade de ter a retaguarda, de que aquela pessoa saia da rua para dar continuidade ao seu tratamento. Então muitas vezes vem nessa perspectiva... bom para dar continuidade ao seu tratamento precisa estar num espaço, precisa sair da rua... e a gente compreende essa necessidade, mas por vezes são pessoas

> com um nível de autonomia baixo né... e para um espaço como um espaço de acolhimento dentro da política de assistência fica complicado... E cada vez mais o que eu percebo é que a gente tem acolhido e a gente tem sido esse braço para a política de saúde, porque a política de saúde, infelizmente, não tem espaço para acolher essas pessoas que teriam essa necessidade maior e ai podemos falar de um SRT, enfim, e como não tem esse espaço, não tem essa vaga, a gente acaba acolhendo, então cada vez mais um tensionamento, em nível de gestão mesmo, para que os espaços da assistência acolham.

A concretização de ações intersetoriais para atender as demandas das PSR é essencial. A heterogeneidade apresentada pelas PSR e a complexidade multicausal que leva aos processos de rualização demandam intervenções de políticas públicas e socais que se entrelacem e se complementem. A fala da Trabalhadora 06 denota as dificuldades de atingir práticas mais intersetoriais para essa população. Ao se referir a “nós” e “eles”, quando menciona os trabalhadores da política de assistência social (“nós) e os trabalhadores da saúde mental (“eles”), demonstra que as barreiras colocadas para a integração das políticas públicas estão presentes. O enfoque no cuidado e na proteção do sujeito dá lugar à concretização dos objetivos específicos de cada serviço e política. Ainda, analisamos que a responsabilidade do cuidado do sujeito com transtorno mental ainda se encontra diretamente ligada à política de saúde mental, como se os espaços da política de assistência social fossem, *a priori*, insuficientes ou inadequados para atender esse público. Aqui, cabe ressaltar que não estamos desconsiderando a importância nem o papel dos Serviços de Residenciais Terapêuticos como equipamentos de saúde mental que privilegiam o cuidado em liberdade e possuem uma especificidade. O questionamento colocado é: o Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias da política de assistência social é um espaço inadequado para usuários com transtorno mental?

A Trabalhadora 02 apresenta uma perspectiva antimanicomial a partir da experiência na política de assistência social:

> Trabalhadora 02: [...] não vai ter um lugar em que ela não tenha que se adaptar. Esse lugar não existe. Então ela tem que treinar isso, de alguma maneira. Hoje em dia não existe mais a possibilidade de uma pessoa, por mais demenciada que esteja, ficar internada, guardada dentro de um hospício, como existia antes. Então ela vai ter que ficar na sociedade e encontrar uma forma de viver. E a gente, quando ela entra aqui dentro começa, cada um do seu jeito, a ensinar que formas são essas né.

Em sua narrativa, a Trabalhadora 02 expressa a possível intersecção para o acesso dos usuários com transtorno mental ao espaço de Acolhimento Institucional

da política de assistência social. Sua fala resgata a essência do cuidado em liberdade, salientando que o espaço de clausura, historicamente destinado aos pacientes psiquiátricos, precisa ser problematizado para não ser reproduzido. Os serviços da política de assistência social podem se operacionalizar enquanto espaços de exercício da cidadania, da participação e, nos termos da Trabalhadora 02, de "treino" para o reconhecimento e a reinvindicação de direitos. Cabe ressaltar que a efetiva garantia desse cuidado em liberdade não pode ser pensado nem operacionalizado somente por serviços e trabalhadores da política de assistência social. Os serviços e as equipes de atenção primária e as equipes de saúde mental são componentes essenciais aqui, no intuito de compartilhamento desse cuidado. A multiplicidade de olhares e a atuação conjunta são avaliadas pelas equipes de assistência social de forma positiva — quando consegue se concretizar. A Trabalhadora 06 manifesta essa perspectiva:

> Trabalhadora 06: A gente tem um usuário aqui que é imigrante e que tem muita dificuldade de se comunicar, enfim tem questões de saúde mental importantes, enfim... E ele frequenta um espaço da saúde que é o "Geração POA" e a gente estava assim para desligar... e a equipe do Abrigo faz então uma discussão com a equipe de saúde até numa perspectiva de um desligamento porque a gente não percebia uma evolução dele aqui dentro... enfim muitas dificuldades, dificuldades nas relações, né... não estava se entendendo como um avanço. E que se teria um outro espaço para ele e não este espaço. E aí a gente foi para a discussão com a equipe de saúde mental e a saúde mental disse assim: "meu deus, o quanto a gente consegue ver a evolução dessa pessoa, o quanto nesses espaços de saúde que ele vai ele evoluiu, ele se relaciona hoje, ele consegue ter progresso... enfim, o quanto que o abrigo está fazendo sentido na vida dessa pessoa". Então foi um feedback interessante, numa outra perspectiva de ver também o que a saúde também entende, bom como é que... quando a gente consegue garantir essa troca, ela também é muito interessante... eu também tive a oportunidade de ir nesse espaço e conversar com a técnica lá e ela falou sobre o usuário e o quanto ele é produtivo naquele espaço, e o quanto aqui no Abrigo, por vezes, a gente tem uma crítica importante em relação a ele... que é um cara que não se desenvolve... que não isso... que não aquilo... que não avança...

O "Geração POA[49]" é constituído por oficinas e ações voltadas à geração de trabalho e renda. Ele atua juntamente à Rede de Atenção Psicossocial de Porto Alegre, em uma lógica de educação voltada ao trabalho e à reinserção produtiva de usuários atendidos pelos serviços de saúde mental do município. Percebemos que, ao narrar as impressões da equipe do serviço de Acolhimento Institucional Adulto acerca do acompanhamento de determinado usuário, notamos um descompasso

[49] Para um aprofundamento sobre o "Geração POA" acessar: https://portfoliodepraticas.epsjv.fiocruz.br/pratica/geracaopoa

entre a avaliação emitida pelo serviço da política de assistência social e o serviço da política de saúde mental. Considerando a subjetividade e particularidade dos sujeitos, quais indicadores de “sucesso” cada uma dessas políticas públicas tem adotado em suas avaliações? Quais os “avanços” esperados pela assistência social e pela saúde mental no que concerne ao atendimento de usuários com transtorno mental? Quais parâmetros teóricos e éticos envolvidos quando “a falta de avanços” pode culminar no desligamento de um sujeito do serviço de Acolhimento Institucional Adulto? Que tipo de produto é esperado?

O estabelecimento de vínculos com usuários que apresentam demandas em saúde mental/transtorno mental é um elemento essencial, apontado pelos trabalhadores como possibilidade de realizar intervenções. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica na saúde, o vínculo

> consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. (Brasil, 2012, p. 21).

Já na PNAS (2005), o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários é apresentado como uma das metas a serem desenvolvidas e alcançadas pela política de assistência social. Compreendemos que a construção e o fortalecimento de vínculos, tanto na perspectiva da política de assistência social quanto da política de saúde mental, são pressupostos para garantia de atendimento integral aos sujeitos.

Ao longo deste capítulo, apresentamos perspectivas históricas acerca da saúde mental, com ênfase na realidade do Brasil, e as modificações decorrentes das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica no país. Situações de violação de direitos humanos, a exemplo do emblemático caso “Ximenes Lopes *versus* Brasil”, demonstram como é recente a noção de garantia de direitos para as pessoas com transtorno mental e seus familiares. As práticas higienistas de perseguição à “loucura”, principalmente quando ela está relacionada à vulnerabilidade social, atualizam-se, a exemplo das internações compulsórias e involuntárias que perseguem usuários de drogas. Os processos interventivos com usuários com demandas em saúde mental, não podem ser limitados unicamente a atuação da política de saúde mental, da mesma forma que a intervenção perante as vulnerabilidades sociais não podem ficar

a cargo somente da política de assistência social. A intersetorialidade é pressuposto indiscutível para concretização da integralidade.

No próximo capítulo, apresentamos os impactos dessa realidade na saúde dos trabalhadores que atuam nas políticas de saúde mental e assistência social, pensando na perspectiva do adoecimento da classe que vive do trabalho.

5 SAÚDE DO TRABALHADOR: UM MERGULHO EM ÁGUAS PROFUNDAS

5.1 SOCIEDADE CAPITALISTA, TRABALHO E SAÚDE DO TRABALHADOR

> *A gente trabalha com vários problemas. As pessoas trazem os problemas, que de alguma forma geraram para elas e elas acabam trazendo para nós. [...] Eu atendi um rapaz que esteve em situação de rua, superou estava trabalhando, teve uma recaída e estava aqui, a gente estava conversando com ele, e começou a desabafar, desabafar e eu vou absorvendo, absorvendo aquilo e chega uma hora que a gente já está angustiado e se sente mal. Tu não tens o que fazer. Não adianta mandar ele para um outro espaço porque ele não vai ter o atendimento imediato e isso vai nos afetando. No dia a dia. Tem um lance que tu não sabes mais o que fazer com aquela angústia e a gente... é isso né. Ter esse cuidado com o cuidador. Teria que ter espaços para também os trabalhadores da assistência, e da saúde também, terem esse momento assim de parar e ter alguém para nos acolher (Trabalhador 11).*

O trabalho é atividade constituinte dos seres humanos e atravessa os séculos da história. As transformações no mundo do trabalho acarretadas pelo fim da era feudal e o início do capitalismo passam a se aprofundar, a partir do século XIX, com o incremento do capitalismo industrial. O cercamento das terras comunais, a sociedade dividida em classes e o advento da propriedade privada inauguram uma nova lógica de trabalho: o trabalho explorado. Segundo Marx (1983, p. 209),

> o trabalhador trabalha sob o controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho. O capitalista cuida em que o trabalho se realize de maneira apropriada e que se apliquem adequadamente os meios de produção, não se desperdiçando a matéria-prima e poupando-se o instrumental do trabalho, de modo que só se gaste deles o que for imprescindível à execução do trabalho. Além disso, o produto é propriedade do capitalista, não do produtor imediato, o trabalhador.

No modo de produção capitalista, o produto de seu próprio trabalho se torna alienado ao trabalhador. Uma vez que não detém os meios de produção, resta ao trabalhador vender sua força de trabalho em troca de um salário. O trabalho que não é livre é prontamente fiscalizado pelo detentor dos meios de produção, assegurando, assim, a maior produtividade com o menor gasto possível de matéria-prima e o melhor uso dos instrumentais necessários para a realização do trabalho. O excedente de produtos gerado pelo trabalhador — que superam o valor necessário para o pagamento de seu trabalho — se constituem em mais valia. O trabalhador é livre, tão somente, para vender sua força de trabalho; é uma pseudoliberdade condicionada à

manutenção de sua sobrevivência. Essa pseudoliberdade esbarra diretamente na necessidade de subsistência humana pois, segundo Marx e Engels (2009, p. 40-41),

> o primeiro pressuposto de toda a existência humana, e portanto, também de toda a história, a saber, o pressuposto de que todos os homens têm de estar em condições de viver para poderem "fazer história". Mas da vida fazem parte sobretudo, comer e beber, habitação, vestuário e ainda algumas outras coisas. O primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios para a satisfação dessas necessidades, a produção da própria vida material, e a verdade é que esse é um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história, que ainda hoje, tal como há milhares de anos, tem de ser realizado dia a dia, hora a hora, para ao menos manter os homens vivos.

Coadunando com Marx e Engels (2009), entendemos que o primeiro grande ato histórico de toda a classe que vive do trabalho é a manutenção de sua própria subsistência. A manutenção cotidiana da vida, apesar de parecer elemento corriqueiro e banal, é um elemento de resistência da classe trabalhadora. Sobreviver, no Brasil, que se configura como país periférico, moldado a partir de quase 400 anos de escravidão, extermínio de povos indígenas e comunidades tradicionais, que ocupa o quinto lugar no número de feminicídios e possui mais de 7,5 milhões de desempregados, é ainda mais desafiador para a classe que vive do trabalho. A garantia de subsistência por meio do trabalho explorado nos convoca a uma análise que considera o atravessamento dessas inúmeras desigualdades.

A concepção de "trabalho" não tem, em suas origens, a perspectiva de exploração. Para Marx (1983), o sentido ontológico de "trabalho" enquanto processo é compreendido como parte constituinte do ser humano que, ao transformar a realidade que lhe cerca, também transforma a si mesmo. Segundo o autor,

> o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla o seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica a sua própria natureza. (Marx, 1983, 202)

Em sua origem, o trabalho impulsiona os aspectos subjetivos e materiais de criatividade dos sujeitos; ele pressupõe transformação da realidade e dos sujeitos que o desenvolvem. Ao transformar a natureza e atribuir forma útil aos produtos criados, o trabalho é elemento que impulsiona os sujeitos e transforma a história humana. Marx

(2023) ressalta a humanidade do trabalho ao referir que o produto resultante da transformação desenvolvida pelo trabalhador já existia antes em sua mente:

> pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador do processo, ou seja, um resultado que já existia idealmente (Marx, 2023, p. 255-256).

O trabalho é o lócus em que o ser humano, a partir de sua capacidade de antever o resultado da ação, existe enquanto ser social. Ao transformar a realidade, em que incide o trabalhador transforma a si mesmo. Contudo, o atravessamento do capitalismo e a exploração do trabalho acarretam sofrimento aos trabalhadores, agora alienados e impossibilitados de possuírem o produto de seu próprio trabalho.

Além dos rebatimentos materiais advindos da impossibilidade de permanecerem com o produto de seu trabalho, a exploração do trabalho do homem pelo homem acarreta danos para a subjetividade dos sujeitos. O trabalho, que, em sua gênese, é um elemento de criação e transformação, torna-se fonte de sofrimento psíquico para o trabalhador. Para Seligmann-Silva (2022, p. 127),

> a designação do campo da Saúde que diz respeito à saúde em sua relação com o trabalho varia internacionalmente e de acordo com distintas visões de ordem política e ideológica. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou a designação Saúde do Trabalhador a partir da ideia de que essa denominação corresponde ao objetivo essencial dessa área. Os riscos de doenças profissionais e de acidentes de trabalho marcam fortemente a subjetividade dos trabalhadores, assim como a vivência de tais eventos e de suas decorrências, inclusive eventuais sequelas e limitações.

A análise da saúde trabalhador a partir da saúde pública reconhece os possíveis riscos e danos adquiridos pelos trabalhadores em suas atividades profissionais. Embora o campo da saúde do trabalhador, por vezes, se preocupe mais incisivamente com as condições físicas para o trabalho e com a ergonometria, Seligmann-Silva (2022) destaca outros impactos para a subjetividade dos trabalhadores, principalmente os decorrentes de doenças e acidentes de trabalho. A autora relaciona o apagamento da discussão sobre os impactos do trabalho na subjetividade dos sujeitos com os interesses das grandes corporações:

> sempre se deu muita importância aos aspectos relacionados ao desenvolvimento da personalidade, aos fatores genéticos, às influências da vida familiar, na gênese dos distúrbios psíquicos. **Mas a influência das condições de trabalho — especialmente da organização do trabalho — de modo geral permaneceu como tema evitado.** Diria mesmo que o assunto foi ocultado por muito tempo, inclusive por empresas que realizaram pesquisas a respeito, mantendo secretos os resultados das mesmas [...] então, conclui-se que, **como o sofrimento mental relacionado ao trabalho é por vezes tão evidente, há fortes interesses dirigidos contra uma ampliação do esclarecimento e da discussão sobre o assunto.** (Seligmann-Silva, 1988, p. 15 grifos nossos).

Historicamente, negligenciar os rebatimentos das condições de trabalho e o seu impacto na vida e na psiqué dos trabalhadores não é um acaso fortuito. Atribuir o desenvolvimento de transtornos mentais somente a fatores biopsíquicos produz um apagamento da vida material dos trabalhadores, responsabilizando-os de forma individual palas suas condições de saúde. Ao considerar os aspectos sociais que compõem os processos de adoecimento mental — e aqui, particularmente, pensando que o trabalho é a única fonte de sobrevivência para essa classe —, entendemos que é fundamental ter em mente as reverberações das condições de trabalho como um determinante social de adoecimento de maneira geral e, especificamente, de adoecimento mental.

Seguindo o percurso histórico das modificações do mundo do trabalho, o modelo de produção taylorista-fordista aprofunda o modo de produção capitalista. Dejours refere que

> Taylor imaginou então um meio de vigiar cada gesto, cada sequência, cada movimento na sua forma e no seu ritmo, dividindo o modo operatório complexo em gestos elementares mais fáceis de controlar por unidades, do que o processo no seu conjunto. Ele sistematizou esse método e o instituiu em princípio: vários gestos não deviam mais ser executados por um só operário, sem que entre cada um deles se interpusesse uma intervenção da direção [...]. Encontra lugar aqui o pessoal da vigilância. Fracionamento máximo e rigidez intangível da organização do trabalho aparecem, então, como as características fundamentais do novo sistema (Dejours, 2011, p. 38-39).

O fracionamento do trabalho e a rigidez de movimentos e tarefas desenvolvidas leva, às últimas consequências, a perspectiva de individualização e fragmentação dos processos. Na linha de montagem, o trabalhador não reconhece mais o fim de seu trabalho, estando responsável apenas por uma parte do todo. O trabalho se torna menos colaborativo, menos criativo, mais individualizado, mais vigiado e mais mecânico. O trabalhador não tem mais controle de sua atividade; ele deve apenas

seguir com a prescrição prévia do movimento imposto para conclusão da atividade. Isso traz consequências diretas para a saúde do trabalhador pois, como aponta Dejours,

> do ponto de vista psicopatológico, [...] traduz-se por uma tripla divisão: divisão do modo operatório, divisão do organismo entre órgãos de execução e órgãos de concepção intelectual, enfim, divisão dos homens compartimentados pela nova hierarquia consideravelmente inchada de contramestres, chefes de equipe, reguladores, cronometristas etc. O homem no trabalho, artesão, desapareceu para dar à luz a um aborto: um corpo instrumentalizado – operário de massa – despossuído de seu equipamento intelectual e de seu aparelho mental. (Dejours, 2011, p. 39).

Então, o trabalhador encontra-se alienado do produto de seu trabalho e da possibilidade de constituir o seu fazer no trabalho. As figuras de autoridade e de chefia ganham lugar de destaque, sendo aqueles que possuem o "poder" de avaliar a maneira correta (ou não) de executar o trabalho. Temos também uma divisão intelectual do trabalho, que procura discernir aqueles que "pensam" daqueles que executam. Estão os trabalhadores separados não só no fazer, mas também no sofrimento que possuem. O trabalhador adoecido implica uma aresta na engrenagem produtiva, mas, se ele não vender sua força de trabalho, estará livre para morrer de fome.

Trabalhadores adoecidos representam baixa produtividade e são identificados como "estorvo" na linha de produção. Uma engrenagem adoecida, que não produz como antes, não deve ser cuidada, deve ser rapidamente substituída, de modo a garantir a manutenção da produção. Safatle (2021) apresenta como o modelo "humanista", uma junção entre conhecimentos da administração e da psicologia, organiza um processo de intervenção terapêutica para atender muito mais às necessidades da produtividade taylorista do que às necessidades de saúde da classe trabalhadora:

> a brutalidade do modelo taylorista de administração de tempos e movimentos, assim como a impessoalidade do modelo burocrático weberiano, havia paulatinamente dado lugar a um modelo "humanista" desde a aceitação dos trabalhos pioneiros de Elton Mayo, fundados nos recursos psicológicos de uma engenharia motivacional na qual "cooperação", "comunicação" e "reconhecimento" se transformavam em dispositivos de otimização da produtividade. Essa "humanização" da empresa capitalista, responsável pela criação de uma zona intermediária entre técnicas de gestão e regimes de intervenção terapêutica, com um vocabulário entre a administração e a psicologia, permitiu uma mobilização afetiva no interior do mundo do trabalho que levou à "fusão progressiva dos repertórios do mercado com as linguagens do eu" [...] As relações de trabalho foram "psicologizadas" para

> serem mais bem geridas, até chegar ao ponto em que as próprias técnicas clínicas de intervenção terapêuticas começaram por obedecer, de forma cada vez mais evidente, a padrões de avaliação e de gerenciamento de conflitos, vindos do universo da administração de empresas (Safatle, 2021, p. 31-32).

O assujeitamento do trabalhador, retira seu lugar de ser e o coloca no patamar de coisa: pode ser facilmente descartado quando não é mais capaz de produzir exaustivamente. Numa perspectiva de tornar a exploração do trabalho mais palatável, o modelo humanista se utiliza de práticas psicologizantes no intuito de otimizar a produtividade. Objetivo final é o gerenciamento do "capital humano", o aumento da produtividade através da performance. O reconhecimento do adoecimento do trabalhador e o cuidado com ele é o último objetivo a ser alcançado pela empresa. Dejours (2011) apresenta alguns sistemas defensivos e estratégias psíquicas desenvolvidas inconscientemente pelos trabalhadores para suportar o adoecimento causado pelo trabalho. Dentre elas, o autor apresenta a **ideologia da vergonha**. Segundo Peyon (2018, p. 184),

> essa ideologia teria duas características principais: o silêncio sobre o corpo e, consequentemente, sobre a doença; e, a origem desse silêncio seria a vergonha em razão de estar doente e não poder trabalhar. Negar a doença e seguir trabalhando seria uma tentativa de controlar a angústia gerada pelas consequências de não poder trabalhar na vida destes indivíduos.

Contraditoriamente, a resposta para a ideologia da vergonha é seguir trabalhando. A sociedade capitalista culpabiliza o trabalhador pelo seu sofrimento: tornar-se improdutivo e impossibilitado de vender a força de trabalho pode acarretar sanções graves ao trabalhador, inclusive o seu desligamento do trabalho. Contemporaneamente, com relações e vínculos de trabalho cada vez mais fragilizados, com contratos temporários e pagamento por atividade desenvolvida, a ideologia da vergonha, o sofrimento e adoecimento no trabalho podem acarretar as últimas consequências, inclusive levando o trabalhador a retirar a própria vida. Karl Marx, em seu livro *Sobre o suicídio*, resgata as memórias de Jacques Peuchet:

> vê-se que, na ausência de algo melhor, o suicídio é o último recurso contra os males da vida privada. Entre as causas do suicídio, contei muito frequentemente a exoneração de funcionários, a recusa de trabalho, a súbita queda de salários, em consequência de que as famílias não obtinham os meios necessários para viver, tanto mais que a maioria delas ganha apenas para comer (Marx, 2006, p. 48).

Em última instância, como resposta às mazelas sociais produzidas pelo sistema capitalista, o suicídio surge como resposta extrema à busca pelo fim do sofrimento da classe que vive do trabalho. Aguiar (2023) relaciona a produção do sofrimento com o sistema capitalista:

> compreendemos que o capitalismo age diretamente na produção do sofrimento: 1) através da precarização das condições de trabalho e vida 2) por depositar no indivíduo a exclusiva responsabilidade pela gestão do seu "sucesso" ou "fracasso". Consideramos que o suicídio é intrínseco à sociedade capitalista, visto que, essa, além de gerar ao longo de sua história momentos de degradação da vida, é incapaz de garantir a satisfação das necessidades humanas de todos — levando muitos à descrença de que seja possível suportar a vida, tal qual se apresenta. O suicídio além de tolerável, torna-se até mesmo útil ao capitalismo, uma vez que não precisa manchar suas mãos "invisíveis" de sangue, como o faz nas periferias de nosso país. (Aguiar, 2023, p. 167)

A precarização das condições de trabalho e da vida, além de responsabilizar os sujeitos por sua própria condição, é produto do sistema capitalista e contribui para a produção de sofrimento. Por se tratar de um sistema essencialmente desigual, a manutenção das necessidades mínimas não será atingida por todos. Aguiar (2023) destaca que, quando os altos níveis de sofrimento e de privação se tornam insuportáveis para o trabalhador, o suicídio poderá ser apresentado como única alternativa possível.

Seguindo a jornada da história e da modificação nos modelos de produção, nas décadas de 1970 e 1980, a lógica toyotista e a lógica de acumulação flexível imperaram com todo vapor. Conforme Iamamoto (2005, p. 31),

> flexibilidade no processo de trabalho, em contrapartida à riqueza da linha de produção, da produção em massa em série; uma flexibilidade do mercado de trabalho que vem acompanhada da desregulamentação dos direitos dos trabalhadores; uma flexibilidade dos produtos, pois as firmas hoje não produzem necessariamente em série, mas buscam atender particularidades das demandas dos mercados consumidores e uma flexibilização dos padrões de consumo. Esse processo, impulsionado pela tecnologia de base microeletrônica, pela informática e pela robótica, passa a requerer novas formas de estruturação dos serviços financeiros, inovações comerciais, o que vem gerando e aprofundando uma enorme desigualdade entre as regiões, setores etc., além de mudar substancialmente as noções de espaço e tempo.

Em contraponto ao modelo taylorista-fordista, que era forjado em uma rígida perspectiva do controle dos movimentos e do tempo para a realização da tarefa, o toyotismo é caracterizado pela flexibilidade. O que, à primeira vista, pode parecer um

avanço, máscara, na verdade, um modelo de trabalho que exige do trabalhador a capacidade de ser multitarefa. A produção atende a demandas pontuais do mercado, e as relações e os vínculos trabalhistas são ainda mais frágeis, dando-se, muitas vezes, pela terceirização da mão de obra e contratos temporários de trabalho. Fortemente relacionado ao toyotismo, inclusive emergindo juntamente a ele em tempo histórico, está o ideário neoliberal, que

> se expressa, de um lado, na naturalização do ordenamento capitalista e das desigualdades sociais a ele inerentes tidas como inevitáveis, obscurecendo a presença viva dos sujeitos sociais coletivos e suas lutas na construção da história; e, de outro lado, em um retrocesso histórico condensado no desmonte das conquistas sociais acumuladas, resultantes de embates históricos das classes trabalhadoras, consubstanciadas nos direitos sociais universais de cidadania, que têm no Estado uma mediação fundamental. As conquistas sociais acumuladas são transformadas em “problemas ou dificuldades”, causa de “gastos sociais excedentes”, que se encontrariam na raiz da crise fiscal dos Estados (Iamamoto, 2009, p. 163)

As expressões do neoliberalismo ultrapassam o aspecto econômico. Embora elementos como o enxugamento do gasto público, o Estado subordinado aos interesses do mercado e a expropriação dos direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora sejam as manifestações do ideário neoliberal mais comumente identificadas, existe outro elemento que se relaciona com o Estado neoliberal. Para Safatle (2021), o ideário proposto pelo neoliberalismo não prevê um enfraquecimento do Estado, pelo contrário: prevê um Estado forte no que diz respeito aos interesses do mercado e enfraquecido para as reivindicações populares.

> A ideia de que o advento do neoliberalismo seria solidário de uma sociedade com menos intervenção do Estado, ideia tão presente nos dias de hoje, é simplesmente falsa. Em relação ao liberalismo clássico, o neoliberalismo representava muito mais intervenção do Estado. A verdadeira questão era: onde o Estado efetivamente intervia? De fato, não se tratava mais de uma intervenção na esfera da coordenação econômica. [...] Na verdade o que o neoliberalismo pregava eram intervenções diretas na configuração dos conflitos sociais e na estrutura psíquica dos indivíduos. Mais do que um modelo econômico, o neoliberalismo era uma profunda engenharia social (Safatle, 2021, p. 25).

O autor considera que o neoliberalismo, enquanto ideário, configura-se como uma engenharia social. Com um pano de fundo de modelo econômico, na verdade ele se traduz muito mais como processo de despolitização social. O lugar esperado a ser ocupado pelo Estado se refere muito mais à intervenção repressiva das reivindicações populares e dos ideais progressivos, seja por meio de força física ou ideologia. Do

Estado neoliberal, espera-se que ocupe um lugar demarcado na luta de classes, opondo-se enfaticamente aos interesses da classe trabalhadora. Por conta disso, “a liberdade do mercado só poderia ser implementada calando [...] todos os que contestam seus resultados e sua lógica. Para isso, seria necessário um Estado forte e sem limites em sua sanha para silenciar a sociedade de forma mais violenta (Safatle, 2021, p. 27).

Para Dardot e Laval (2016), mais do que um modelo econômico e de gestão, o neoliberalismo se caracteriza como uma racionalidade. Segundo os autores,

> a racionalidade neoliberal tem como característica principal a generalização da concorrência como norma de conduta e da empresa como modelo de subjetivação. O termo racionalidade não é empregado aqui como um eufemismo que nos permite evitar a palavra “capitalismo”. O neoliberalismo é a razão do capitalismo contemporâneo, de um capitalismo desimpedido de suas referências arcaizantes e plenamente assumido como construção histórica e norma geral da vida. O neoliberalismo pode ser definido como o conjunto de discursos, práticas e dispositivos que determinam um novo modo de governo dos homens segundo o princípio universal da concorrência. (Dardot; Laval, 2016, p. 17)

Dessa forma, a racionalidade neoliberal representa um modo de existir na sociedade capitalista, pois ela transcende as fronteiras das empresas e se manifesta como um novo paradigma de vida social. O conceito de "indivíduo-empresa", ou seja, que se autoadministra, adota, na esfera pessoal, os mesmos princípios de competitividade e concorrência que predominam no ambiente de trabalho. O individualismo, elemento característico do capitalismo, é amplificado, levando os trabalhadores a competirem entre si em todas as esferas da vida. O período destinado ao trabalho se expande, pois a produtividade passa a ser elemento constituinte do ser.

Embora as perversidades do ideário neoliberal procurem prospectar a falsa criação de um “individuo-empresa”, diferentemente das empresas, os trabalhadores são constituídos de subjetividade, carne, osso e sangue. Os processos de adoecimento dos trabalhadores participantes desta pesquisa, a partir das reverberações do neoliberalismo enquanto expressão política do capitalismo, serão aprofundadas na próxima seção.

5.2 PELO DIREITO DE SER CUIDADO: “ESSE MOMENTO ASSIM DE PARAR E TER ALGUÉM PARA NOS ACOLHER”[50].

A racionalidade neoliberal ultrapassa os muros das empresas e passa a se apresentar como um novo modo de vida na sociedade. O “homem-empresa”, patrão de si mesmo, tem, em sua vida privada, os mesmos preceitos de competitividade e concorrência vividos no trabalho. O individualismo presente no modelo fordista e toyotista é acirrado, e os trabalhadores passam a competir entre si em todas as esferas da vida. O adoecimento no trabalho também é intensificado. Para Peyon (2018, p. 190),

> quanto maior o desencontro entre a estrutura psíquica do indivíduo, suas expectativas profissionais e a realidade de seu trabalho, mais ameaçada estará a sua economia psíquica e, consequentemente, a sua saúde. O primeiro objeto impactado por um desequilíbrio nessas relações é o corpo e, por isso, Dejours vai enfatizar que se trata na relação do trabalhador com seu trabalho, antes de mais nada, de uma economia psicossomática.

Metas inalcançáveis, insegurança e fragilidade nos vínculos trabalhistas e extrema competitividade: existe uma expectativa irreal, em que o trabalhador deverá ser infalível em todas as esferas de sua vida — pessoais, familiares, de trabalho etc. Essas metas inalcançáveis atingem diretamente a economia psicossomática abordada por Peyon e Dejours. Em sua fala, a Trabalhadora 13 consegue sintetizar o adoecimento que identifica em sua vivência como trabalhadora da política de assistência social.

> Trabalhadora 13: Começa a desenvolver uma gastrite nervosa. [...] Vai somatizando as coisas e às vezes nem se dá conta que tem a ver, tem relação com o trabalho. Mas geralmente tem, por que onde é que a gente passa maior parte da vida? É no trabalho. Não passa a maior parte da nossa vida em casa. Queria eu... a gente passa no trabalho e no transporte indo para o trabalho. Porque uma parte da nossa vida em casa a gente dorme. E quem não consegue dormir é porque está pior do que quem consegue! Então, se não está dormindo também é um problema.

Na fala “passamos a maior parte da vida no trabalho”, da Trabalhadora 13, identificamos a materialização do ideário neoliberal: o trabalho explorado ocupa todos os elementos constituintes da vida dos sujeitos. Não é mais apenas nos horários

[50] O título deste subcapitulo foi extraído da fala do Trabalhador 11, participante da pesquisa.

destinados ao labor que o sujeito se ocupa do trabalho explorado; deve haver eficiência, produtividade, sucesso e objetivos a serem alcançados em todas as esferas da vida, a todo o momento. Existir nesse modelo de sociedade é se tornar produtivo todo o tempo. Os reflexos dessa existência continuamente produtiva podem ser observados no desenvolvimento de sintomas psicossomáticos, como os identificados pela Trabalhadora 13: gastrite, insônia etc. Além dessas manifestações, a vivência depressiva "condensa de alguma maneira os sentimentos de indignidade, de inutilidade e de desqualificação, ampliando-os. Esta depressão é dominada pelo cansaço" (Dejours, 2011, p. 49).

O cansaço de um corpo que é constantemente exigido para a performance e o desempenho máximo tem, na depressão, um símbolo do neoliberalismo. Na verdade, a depressão é

> o outro lado do desempenho, uma resposta do sujeito à injunção de se realizar e ser responsável por si mesmo, de se superar cada vez mais na aventura empresarial. 'O indivíduo é confrontado mais com uma patologia da insuficiência do que com uma doença da falta, mais com o universo da disfunção do que com o da lei: o depressivo é um homem em pane'. O sintoma depressivo já faz parte na normatividade como elemento negativo desta última — o sujeito que não aguenta a concorrência pela qual pode entrar em contato com os outros é um ser fraco, dependente, que se suspeita não estar 'à altura do desafio'. O discurso da 'realização de si mesmo' e do 'sucesso de vida' leva a uma estigmatização dos 'fracassados', dos 'perdidos' e dos infelizes, isto é, dos incapazes de aquiescer à norma social de felicidade. O 'fracasso social' é visto, em última instância, como uma patologia. (Dardot; Laval, 2016, p. 366-367).

A perversidade do neoliberalismo indicará que a pessoa que não alcançar a completa realização na vida profissional nem na pessoal será considerada uma "fracassada", "fracasso" esse medido a partir de objetivos de produtividade irreais e inalcançáveis. Não se trata mais somente da produtividade no âmbito do trabalho, pois não ser produtivo em todas as esferas da vida acarreta sofrimento para os sujeitos que se encontram em "descompasso" com o socialmente esperado. O sofrimento e a tristeza, o reconhecimento e a compreensão dos limites impostos pelo próprio corpo não são tolerados. A hipermedicalização da vida é uma alternativa a ser considerada: cada vez mais, manter-se trabalhando e existindo é sinônimo de manter-se medicado. A Trabalhadora 05 ilustra a sua relação com o desenvolvimento do trabalho e seu próprio acompanhamento em saúde mental:

> Trabalhadora 05: Até ontem, eu fui ao meu médico e o meu médico “Tu continuas no mesmo local?” e eu “continuo, estou no mesmo local. Gosto muito de trabalhar lá”. Falei para o meu médico. E o meu médico: “É, mas a tua medicação, tu sabes que deu uma aumentada né?” “Sim, mas o que que eu vou fazer? Eu vou ter que tomar medicação para não...” “Então tá, eu vou te dar a receita..., mas tu maneira...” [...] Porque eu tenho que estar bem, tenho que me tratar, para também tratar e atender bem os meus usuários. Isso é uma coisa. Senão tu entras num turbilhão.

No grupo focal, a Trabalhadora 05 dividiu seu sentimento de responsabilidade pelo trabalho executado. Embora, segundo ela, o profissional de saúde que lhe acompanha relacione diretamente o aumento da dosagem de sua medicação ao seu local de trabalho, “tomar medicação” é que poderá materializar o fenômeno do presenteísmo: o trabalhador não pode faltar, mesmo estando doente. Não há opção de “estar mal”, é preciso “estar bem” para atender os usuários. A autoculpabilização dos trabalhadores na manutenção do serviço, independentemente das condições de saúde que se tenha e das condições de trabalho disponíveis para a execução das atividades e dos objetivos nos equipamentos públicos, reforça os argumentos apresentados anteriormente: um modelo de sociedade em que se deve ser produtivo, não importa o preço. A improdutividade leva ao descarte.

O “turbilhão” do trabalho realizado em equipamentos de políticas públicas de assistência social e de saúde mental atravessam a vivência dos trabalhadores. As condições, por vezes precárias, para realizar o trabalho, as jornadas extenuantes e os vínculos empregatícios fragilizados são um desafio na prestação de atendimento e acompanhamento de indivíduos e famílias em situações de extrema vulnerabilidade. A fome, a pobreza, a violência física, psicológica e sexual, a discriminação e o preconceito, os maus tratos, o abandono, entre outras inúmeras violações de direitos, perpassam o trabalho cotidiano no “chão de fábrica” das políticas públicas. A exposição cotidiana a essas duras realidades impacta a subjetividade e o emocional dos trabalhadores. A Trabalhadora 13 exemplifica essa percepção.

> Trabalhadora 13: Tu acabas fazendo o gerenciamento da vida de outras pessoas. São vidas difíceis. Vidas que estão em vulnerabilidade. Vidas que têm uma série de agravantes. E o trabalhador que faz esse gerenciamento, não de um só, mas de 20, 30 de 100 atendimentos por dia, qual o suporte que tem, por trás deste trabalhador para fortalecer esse trabalhador, para prestar um bom serviço, né? E sem precisar ficar doente, sem precisar tomar medicação, sem precisar ter crise de ansiedade, sem precisar ficar... enfim, desenvolver uma série de coisas que às vezes as pessoas nem percebem que estão desenvolvendo: irritação, ansiedade, transtornos alimentares, enxaqueca, insônia... uma série de coisas que às vezes a pessoa nem percebe que está acumulando e não têm um suporte para isso.

Ao se referir ao seu trabalho a Trabalhadora 13 narra as dificuldades de efetivar atendimentos e acompanhamentos de uma população extremamente vulnerabilizada e, geralmente, com um histórico aprofundado de violências e violações de direitos ao longo da vida. A menção que ela faz ao “gerenciamento” de vidas nos remete diretamente aos atravessamentos do ideário neoliberal nos espaços ocupacionais das políticas públicas. Seria mesmo o papel das políticas de assistência social e saúde mental fazer o “gerenciamento” dos corpos? A somatização e o adoecimento relatados pela Trabalhadora 13 também não estariam, em partes, diretamente relacionadas às pressões sociais e institucionais vividas por esses trabalhadores para o gerenciamento e controle da pobreza e do transtorno mental? Quando pensamos em uma atuação profissional que se volta ao fortalecimento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos dentro das condições conjunturais do capitalismo, essa postura profissional não contribui para a manutenção da própria saúde do trabalhador? São questões que nos fazemos.

Ocorre que os “riscos psicossociais”, nos termos de Dardot e Laval (2016) e exemplificados pela Trabalhadora 13 ao falar de seus sintomas de “irritação, ansiedade, transtornos alimentares, enxaqueca, insônia”, são uma grave ameaça à saúde e à vida dos trabalhadores. Ainda segundo os autores,

> se esses sintomas se referem com frequência à intensificação do trabalho, ela mesma ligada aos fluxos tensos e às consequências perversas da redução do tempo de trabalho sob exigências de produtividade, patologias mentais como o estresse têm relação com a individualização da responsabilidade na realização dos objetivos. Hoje, mais do que antes, o assalariado sozinho diante de tarefas impossíveis ou duplas injunções, corre o risco de perder a consideração de chefes ou colegas. O enfraquecimento dos coletivos de trabalho reforça esse isolamento. (Dardot; Laval, 2016, p. 362-363).

Nas políticas de assistência social e saúde mental, o isolamento dos trabalhadores, as práticas cada vez mais individualistas e as metas de atendimento inalcançáveis obrigam um número maior de trabalhadores a realizar atendimentos individualmente em vez de fazer em duplas, trios ou em ações coletivas. Essa intensificação do trabalho contribui para o enfraquecimento dos coletivos de trabalhadores. Resistindo a essa vertente individualizante, verificamos, nas narrativas dos trabalhadores, que é por meio das respostas coletivas que eles se fortalecem e contribuem para o autocuidado dos grupos que constituem. Verificamos que essas

perspectivas de apoio coletivo ainda são “tímidas”, ocorrendo de maneira mais informal entre os trabalhadores.

> Trabalhador 11: É tudo muito informal... é isso. Alguns praticam esportes. Outros tem os joelhos detonados, não conseguem praticar esportes (risos) não conseguem fazer nada. Mas a gente tenta de alguma maneira né... Conversa. Da risada. Fala uma bobagem. É uma equipe que consegue brincar muito, se desvirtuar muito nesta questão. Mas também é isso né... a gente se desvirtua, mas não é uma solução para o problema. É só... ameniza né.

O Trabalhador 11 identifica que uma estratégia adotada pela equipe para enfrentar as dificuldades cotidianas do trabalho é encontrada no bom humor e nas brincadeiras. Entretanto, reconhece que essa estratégia, apesar de contribuir, não é uma solução para o enfrentamento do adoecimento no trabalho. Para Peyon (2018), debruçar-se sobre a saúde dos trabalhadores extrapola o mero quantitativo de sintomas e hipóteses diagnósticas arbitrárias. O entendimento da saúde dos trabalhadores requer, “a cada grupo de trabalhadores escutado, compreender a dinâmica daquele coletivo específico de trabalhadores no enfrentamento de suas tarefas de trabalho” (Peyon, 2018, p. 172). Para além, das dinâmicas e do enfrentamento da realidade, é preciso escutar as vivências, os afetos e as alegrias dos trabalhadores a partir dos seus discursos (Peyon, 2018).

O quadro apresentado na introdução deste trabalho, com a caracterização dos trabalhadores participantes da pesquisa, nos permite realizar algumas inferências sobre o perfil profissional desses trabalhadores. O número expressivo de trabalhadoras (13) em relação ao número de trabalhadores (06) denota uma predominância do gênero feminino. Aqui, atentamos para o fato de que, historicamente, a política de assistência social é um campo de atuação predominantemente exercido por mulheres. Relacionamos esse fenômeno ao lugar historicamente atribuído para mulheres, na lógica do cuidado, da bondade e da administração de questões sociais, assim como às origens caritativas dessa política social, personificada na figura da primeira-dama. Seligmann-Silva (2022) chama atenção para algumas particularidades que se refletem na saúde das trabalhadoras: divisão sexual do trabalho; feminilização da pobreza; preconceito contra o trabalho feminino e os direitos à maternidade; dupla (ou tripla) jornada executada pelas mulheres, de quem ainda é exigida, prioritariamente, a execução do trabalho doméstico não remunerado; histórica desvalorização do trabalho feminino em relação

ao masculino, entre outros. Todos esses elementos que atravessam o trabalho executado por mulheres terão impactos em suas subjetividades e saúde mental.

Com relação aos vínculos de trabalho, há uma divisão quase igualitária entre os trabalhadores. Há 10 indivíduos com vínculo institucional estatutário, ou seja, com vínculo de trabalho regido pelo Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de Porto Alegre, estando diretamente vinculados à Prefeitura Municipal de Porto Alegre, a ao passo que há 9 trabalhadores terceirizados, com vínculo de trabalho junto a uma Organização da Sociedade Civil que presta serviços para Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Entre as principais diferenças entre as duas formas de contratação, encontram-se a disparidade salarial, estando os trabalhadores terceirizados com salários menores, e a fragilidade dos vínculos, pois os trabalhadores terceirizados não têm estabilidade na contratação, estando, por vezes, à mercê de renovação (ou não) de contratos de parceria e dos riscos de demissão. Com relação ao aprofundamento da perda de direitos trabalhistas e à fragilidade dos vínculos empregatícios, Dardot e Laval (2016) referem que

> a corrosão progressiva dos direitos ligados ao status do trabalhador, a insegurança instilada pouco a pouco em todos os assalariados pelas “novas formas de emprego” precárias, provisórias e temporais, as facilidades cada vez maiores para demitir e a diminuição do poder de compra até o empobrecimento de frações inteiras das classes populares são elementos que produziram um aumento considerável do grau de dependência dos trabalhadores com relação aos empregadores. Foi esse contexto de **medo social** que facilitou a implantação da neogestão nas empresas. Nesse sentido, à “naturalização” do risco do discurso neoliberal e a exposição cada vez mais direta dos assalariados às flutuações do mercado, pela diminuição das proteções e das solidariedades coletivas, são apenas duas faces de uma mesma moeda. Transferindo os riscos para os assalariados, produzindo o aumento da sensação de risco, as empresas puderam exigir deles disponibilidade e comprometimento muito maiores (Dardot; Laval, 2016, p. 329, grifo dos autores).

A neogestão das empresas, no termo empregado pelos autores, desvela a realidade contemporânea e se materializa na pesquisa empírica realizada neste estudo. Embora os autores façam menção a empresas, entendemos que, no neoliberalismo, essa característica ultrapassa o setor privado propriamente dito e adentra os serviços públicos estatais. Isso pode se dar tanto pela terceirização, com a contratação de empresas e Organizações da Sociedade Civil para executar os serviços que historicamente eram de responsabilidade do Estado, quanto pelo atravessamento do ideário e da cultura neoliberal que, ao produzir “o homem

neoliberal", produz o sujeito "empresário de si mesmo", cujas relações não têm mais implicações de solidariedade de classe, mas competição e satisfação individual como fim. Dentro de suas particularidades, os trabalhadores identificam os ataques que vivenciam em relação aos seus direitos trabalhistas, relacionando-os aos impactos em sua saúde.

> Trabalhadora 13: Quem é servidor? Quem é servidor tem um plano de saúde, pelo Estado ou Federal, que tu consegues acessar uma terapia, tu consegues acessar um médico clínico, tu consegues acessar um gastro, isso ou aquilo enfim... Quem não tem isso... Porque no nosso caso aqui: somos terceirizados. Ninguém aqui, acho que tem plano de saúde. Então quando a gente precisa dessas coisas a gente tem que recorrer ao SUS. E a gente sabe que especialistas no SUS demora. Tu não consegues fazer terapia pelo SUS. Então a gente recorre a outras instituições que tem preço social, ou isso ou aquilo, ou não faz nada ou faz outra coisa, uma atividade física enfim. Cada um tem que buscar suas alternativas por conta própria. Mas não existe nada que garanta, enfim, uma instituição parceira, por exemplo, da Prefeitura que faça preços sociais para os trabalhadores terceirizados. O trabalhador terceirizado, ele se vira por conta própria. Ele não tem um suporte, como alguns que são servidores têm. Então cada um tem que dar seu jeito.

Em sua fala, a Trabalhadora 13 consegue identificar ausências importantes de garantia de direitos trabalhistas que impactam diretamente sua saúde. Sinaliza as disparidades em relação aos trabalhadores com vínculos de trabalho um pouco mais protegidos ao se referir aos "servidores", uma menção aos servidores públicos municipais. Na sua fala, também destaca os limites colocados para o SUS que, embora seja política de saúde universal, ainda não abarca uma parcela considerável da classe trabalhadora.

Ademais, quando fala que "*cada um tem que dar seu jeito*" ao se referir às buscas individuais dos trabalhadores para terem atendidas suas demandas em saúde acarretadas pelo trabalho, a Trabalhadora 13 ainda demonstra um sentimento de isolamento e de individualização.

Entendemos que esse individualismo não se refere apenas aos trabalhadores terceirizados, mas fala de uma perspectiva contemporânea de aprofundamento da individualização, da concorrência, "da racionalidade neoliberal" e dos "sujeitos neoliberais" (Dardot; Laval, 2016), em que "a racionalidade neoliberal tem como característica principal a generalização da concorrência como norma de conduta e da empresa como modelo de subjetivação" (Dardot; Laval, 2016 p. 17). Nesse sentido, todas as esferas da vida se tornam responsabilidades individuais dos sujeitos,

inclusive as soluções para um processo de adoecimento que não é gerado de forma individual, mas é reflexo de condições de trabalho precárias e de superexploração.

Dando continuidade à sua fala, a Trabalhadora 13 enfatiza as diferenças de proteção no trabalho vivenciadas por trabalhadores com vínculo terceirizado e servidores estatutários. Embora reconheçamos que os servidores públicos municipais têm os vínculos de trabalho mais protegidos em comparação aos terceirizados, a fala do Trabalhador 09, que é servidor, sinaliza que também há ataques para essa parcela da classe trabalhadora.

> Trabalhador 09: E a gente perdeu a nossa insalubridade também. Isso aí foi um soco no estômago. A gente trabalha com moradores, com comorbidades gravíssimas, todas, todas que se possa imaginar. [...] Aqui dentro. E nós estamos sem insalubridade. [...] Tiraram nossa insalubridade na pandemia. Durante a pandemia. Durante a pandemia nós trabalhamos. Nós estávamos aqui na pandemia. As pessoas morrendo. Morrendo e nós estávamos aqui. Vindo. Apavorados assim. Todo mundo estava uma pilha de nervos. Teve uma colega que perdeu o marido em 05 dias, por causa do covid e nós estávamos aqui... trabalhando. Para a população em situação de rua, que é bem complexo. E sem insalubridade. Isso aí afeta a cabeça da gente. Como é que não vai afetar? No meu entendimento, isso é um soco no estômago. E como a colega disse: a maioria dos colegas tem de 50 [anos] para mais. A maioria já está em fim de carreira. Então a gente tem uma bagagem bem boa, de conhecimento, de vínculo com os colegas, com os moradores.

O Trabalhador 09 ressalta o impacto emocional que ele e seus colegas tiveram com a retirada do direito ao adicional de insalubridade justamente no período da pandemia de covid-19. Ele ressalta os impactos de longo prazo que o trabalho desenvolvido no atendimento direto à população no período pandêmico representou para os trabalhadores da política de assistência social. Contraditoriamente, no momento de priorização dos públicos para recebimento da vacina[51], os trabalhadores da política de assistência social não foram contemplados, diferentemente de outros setores de trabalhadores considerados essenciais, tais como: trabalhadores da política de saúde, trabalhadores do sistema de privação de liberdade, trabalhadores da educação, trabalhadores da força de segurança, salvamento e forças armadas, trabalhadores do setor de transportes, trabalhadores da limpeza urbana, trabalhadores do transporte aéreo, trabalhadores do transporte aquaviário, caminhoneiros, trabalhadores portuários e trabalhadores industriais. Embora os trabalhadores da política de assistência social não tenham entrado no rol das

[51] Conforme o “Plano Municipal de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19” de Porto Alegre datado de 19/08/2021.

categorias profissionais prioritárias para o recebimento da vacinação, a população em situação de rua foi contemplada. Sendo o trabalho dos profissionais da assistência social, muitas vezes, executado junto a essa população, considerada mais vulnerável ao contágio, verificamos os altos riscos vividos por esses profissionais que, ainda assim, não foram vacinados prioritariamente.

A existência de diferentes vínculos trabalhistas, seja na política de assistência social ou política de saúde, contribui para uma fragmentação da organização dos trabalhadores e do reconhecimento de sua pertença enquanto coletivo: são todos pertencentes à classe trabalhadora. No entanto, uma vez que não se reconhecem enquanto unidade, competem entre si, pois o sujeito neoliberal é o sujeito competitivo (Dardot; Laval, 2016).

> A noção de “empresa de si mesmo” supõe uma “integração da vida pessoal e da vida profissional”, uma gestão familiar do portfólio de atividades, uma mudança da relação com o tempo, que não é mais determinada pelo contrato salarial, mas por projetos que são levados a cabo com diversos empregadores. E isso vai muito além do mundo profissional: trata-se de uma ética profissional em tempos de incerteza. “A empresa de si mesmo é encontrar um sentido, um compromisso na globalidade da vida”. (Dardot; Laval, 2016, p. 336).

Acerca da produção do sujeito neoliberal, do sujeito-empresa, os atravessamentos do cotidiano de trabalho ultrapassam fronteiras e esbarram na vida pessoal e familiar dos trabalhadores. A dita “fluidez” do tempo contemporâneo promove confusão do tempo destinado ao trabalho e o tempo destinado ao descanso. Nesse sentido, o Trabalhador 12 narra as reverberações de seu trabalho em suas relações familiares.

> Trabalhador 12: Eu lembro assim, quando eu comecei a trabalhar, quando eu comecei a trabalhar na assistência [social], que eu fui trabalhar num abrigo, eu trabalhava num abrigo de adolescentes, meninos, de 14 a 17 anos. Eram meninos com problemas... meninos infratores... [...] bem pesado assim. E eu absorvia muito no começo. Os problemas deles. E eles vinham com muita violência, muita questão de violência dentro do espaço, um com o outro, com nós educadores [sociais]... e eu acabei levando isso para casa. Sem perceber! Então eu chegava em casa com os meus filhos e explodia. Chegou um momento que a minha mulher disse: “olha só, ou tu pensas no que tu estás fazendo, respira e dá um tempo, não descarrega em casa, deixa os teus problemas no serviço ou tu pegas e sais” E aí eu comecei a pensar. Porque do nada assim, eu explodia em casa com os meus filhos. Porque eu trazia esse problema. E quem viu isso foi a minha esposa, meus filhos: “Ah o pai tá brigando demais” Ou eu estava brigando ou eu estava dormindo. Porque eu trabalhava à noite, então eu estava brigando com os meninos de dia ou dormindo. E ela disse: “tu deixas isso lá, ou tu sais, porque não tem

> condições". E é isso, uma pessoa de fora teve que me lembrar, me dar o toque, dessa questão de o quanto a assistência [social] é pesada né? Trabalhar na assistência [social] é pesado. É difícil.

O impacto das relações de trabalho reverbera no cotidiano da vida dos trabalhadores para além do lócus de execução de suas funções. O Trabalhador 12 apresenta a repercussão emocional de sua vivência cotidiana junto a um serviço de acolhimento institucional para crianças e adolescentes na relação com seus próprios filhos. A violência institucional que ele observou e absorveu no exercício de suas funções como educador social no serviço de acolhimento era reproduzida em conflitos com sua própria família. A incapacidade de reconhecer o impacto do trabalho em sua vida particular é manifestada quando salienta que foi necessária "uma pessoa de fora" das relações profissionais para alertá-lo sobre as reverberações na sua própria saúde emocional.

Guimarães, Oliveira e Silva (2020), ao discutirem as violências que perpassam o trabalhado desenvolvido no SUAS, destacam que as violências que repercutem na saúde mental dos trabalhadores são a psicológica, a institucional e a patrimonial, acarretando sofrimento psíquico, perda na qualidade do trabalho, rotatividade, absenteísmo etc. Nesse sentido, "a prevenção à violência, sofrimento e adoecimentos relacionados ao trabalho devem considerar, efetivamente, o vivido pelos trabalhadores, os impasses cotidianos do trabalho e as estratégias que esses adotam em face deles" (Guimarães, Oliveira, Silva, 2020, p. 15).

Entendemos que, para que as ações interventivas junto aos sujeitos com trajetória de situação de rua e transtorno mental possam ser efetivas, é necessário, antes, reconhecer o próprio adoecimento mental dos trabalhadores das políticas de assistência social e saúde mental. O trabalho realizado junto a grupos vulneráveis — característica de ambas as políticas — poderá ser potencializador para o desenvolvimento da fadiga por compaixão. Nos termos de Cavalcante e Bellini (2023, p. 03),

> o sofrimento da população e as perspectivas escassas de superação podem facilitar no(na) profissional o desenvolvimento da fadiga por compaixão que, explicada de forma muito simples, significa o sofrimento do(a) trabalhador(a) desencadeado pelo sofrimento da população atendida.

Para delimitar o tema de pesquisa, optamos pela escuta de profissionais que desenvolvessem seu trabalho junto a usuários que tivessem, em sua vivência, o

contexto da situação de rua, entendendo que o processo de rualização denota uma grave expressão de desproteção social. Entendemos também que, dentro desse complexo contexto, as vivências da fadiga por compaixão se materializam no desenvolvimento cotidiano do trabalho. Um importante alerta referente às demandas interventivas identificadas pelos trabalhadores para atender os usuários com demandas em saúde mental ou com transtorno mental é uma fala recorrente sobre o sentimento de despreparo para a atuação e manejo junto a esse público:

> Trabalhador 08: [...] o que eu vejo nas nossas discussões aqui entre a gente é que a gente não se sente preparado para atuar ou ao menos ter, vamos dizer assim, uma noção de como se deve agir em determinadas, em determinados atos, ações de determinados usuários [...] Então às vezes a gente não se sente preparado para isso e eu sinto isso nas nossas discussões porque às vezes a falta de entendimento da gente na forma de agir acarreta, vamos dizer assim, vamos dizer que um haja de uma forma, outro haja de outra forma... então a gente faz como se todos fossem uma pessoa só, entendeu? A gente não leva em conta às vezes, a gente não relativiza o processo cognitivo de cada pessoa, como se todos tivessem o mesmo processo cognitivo digamos assim. Então é como se fosse uma coisa linear.

Além do sentimento de despreparo, a falta de orientações institucionais e a ausência de protocolos e orientações técnicas, a fala do Trabalhador 08 amplifica um sentimento de solidão nas tomadas de decisões e respostas que devem ser dadas no desenvolvimento da prática cotidiana de trabalho. Ao mesmo tempo, reconhece a massificação das intervenções e a dificuldade de reconhecer a subjetividade dos sujeitos acompanhados pelo serviço. A necessidade de construir planos individuais e familiares de acompanhamento, considerando as singularidades de cada um dos sujeitos, esbarra em processos interventivos massificantes e a construção de regras institucionais que nem sempre atendem às necessidades dos sujeitos. Percebemos, aqui, o acesso ao serviço, mas não necessariamente a acessibilidade.

A Trabalhadora 07 narra os conflitos éticos que permeiam as regras institucionais, como a proibição de que uma pessoa sob efeito de álcool retorne para o Acolhimento Institucional Adulto:

> Trabalhadora 07: Essa questão do alcoolismo para mim ela é muito difícil. Não o entendimento da situação[...] essa coisa do deixar entrar, não deixar entrar, se fica fora, se cair aqui dentro, se não deixar entrar, ficar lá fora e cair, ou o ônibus atropelar... a responsabilidade é só dele? E se for mulher? Esses dias, conversando com meus colegas, e se for mulher? A gente deixa uma mulher alcoolizada ali na rua? E se ela for estuprada? E os riscos de ser estuprada e não sei mais o quê? Eu vou responder por isso depois? Mesmo que... eu não sei. Para mim é uma discussão que precisa mais assim... eu

> não sei em que instância... Eu e os meus colegas não temos o mesmo entendimento assim. É bem difícil... Sabe? Ou está mais alcoolizado ou está menos alcoolizado..., mas se estiver mais ou menos dá para entrar e dormir, mas se estiver muito, daí já não dá. Essa discussão é de longo tempo e a gente não consegue chegar em um consenso. A gente tenta, ser o mais razoável... estudar cada caso, caso a caso quando chega no portão. Mas é complicado.

A fala da Trabalhadora 07 reflete os meandros da garantia de proteção social no cotidiano dos equipamentos. Por vezes, as regras gerais, necessárias para a organização das rotinas institucionais, esbarram em aspectos subjetivos dos sujeitos e se materializam como desproteção social. Ao reconhecer o dilema e os riscos postos de não permitir que um indivíduo sob efeito de substâncias psicoativas adentre o serviço, a Trabalhadora 07 também denota que a responsabilidade cotidiana de decisão sobre a melhor intervenção a ser tomada nem sempre conta com a unanimidade entre os trabalhadores de determinado espaço. Os processos de trabalho são pensados e repensados pela equipe, inclusive no que concerne à formulação das regras:

> Trabalhadora 03: Então essa questão das regras eu acho que é uma coisa que sempre tem que estar em pauta. E uma coisa que eu sempre digo para o pessoal é o seguinte “oh, foi isso que os colegas já falaram: a regra ela não pode nos engessar”. A regra ela tem que nos balizar. É um orientador de uma conduta que serviria para todos. Mas dentro do “todos”, tem talvez o Joãozinho que ele não se enquadra muito bem. De que forma que a gente pode ir passando aos poucos para o Joãozinho essa regra. Se é uma regra que ele tem que aprender, cabe a nós ensinarmos o Joãozinho, mas não existe um prazo de quanto tempo ele vai aprender isso, porque isso vai depender da capacidade dele.

A partir dos excertos apresentados, podemos fazer algumas inferências iniciais. A necessidade constante de capacitação e educação permanente é recorrente na fala dos trabalhadores. Ambas as políticas que compõem a amostra desta pesquisa têm regulamentações próprias sobre a educação permanente: a Portaria n. 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor; e a Resolução n. 4, de 13 de março de 2013, institui a Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único da Assistência Social (PNEP/SUAS).

Concordamos que a educação permanente nas políticas públicas pode ser elemento fomentador de reflexão para o trabalho e aprimoramento da prática

profissional. Contudo, a efetivação da educação permanente perpassa a possibilidade de condições adequadas para o desenvolvimento do trabalho. Entendemos que ela é efetiva quando consegue ser incluída na rotina institucional de forma orgânica, por meio de discussões e temáticas que vão ao encontro das vivências práticas dos sujeitos. A educação permanente também pode ser uma ferramenta que auxilia no questionamento de práticas e regramentos institucionais constituídos. Aspectos éticos e políticos que se materializam no cotidiano dos serviços podem (e devem) ser discutidos pelos sujeitos que atuam nesses serviços, mas também por aqueles que são atendidos e acompanhados nos serviços de assistência social e saúde.

A exploração da força de trabalho é elemento constituinte do capitalismo e, enquanto persistir esse modelo de sociedade, seguirá se materializando na realidade. Não há espaço para romantizações nem lógicas reformistas desse sistema: o fim da exploração do trabalho só será factível com o fim do capitalismo. Contudo, Peyon (2018) apresenta as “brechas possíveis” para que os trabalhadores encontrem algum nível de significado e relevância para o trabalho que desenvolvem.

> Quando o trabalho “permite uma integração entre as exigências intelectuais, motoras ou psicossensoriais da tarefa e as necessidades do trabalhador” (1992, p. 134), ele é realizado sem sofrimento patológico; pelo contrário, com prazer, possibilitando o desenvolvimento pessoal e a criatividade. Nesses casos, o trabalho favorece os ritmos biológico, endócrino e psicoafetivo do sujeito, contribuindo para o equilíbrio e para uma vida satisfatória e produtiva. Parece-nos que justamente nessas situações o trabalho torna-se uma via sublimatória, favorecendo o fluxo pulsional do sujeito, sua economia psíquica e, simultaneamente, possuindo um significado relevante para ele na sua relação com a comunidade à qual pertence. (Peyon, 2018, p. 202)

Pensando nos trabalhadores da política de assistência social e política de saúde mental, entendemos que a concretização de práticas de trabalho que favoreçam o desenvolvimento e a criatividade dos trabalhadores perpassam as ações coletivas. Grupos de trabalhadores, espaços coletivos de diálogo, conselhos de profissionais, movimentos sociais, sindicatos etc.; espaços coletivos que permitam que os sujeitos se reconheçam em suas potencialidades e fragilidades; encontros de trabalhadores que viabilizem a troca de experiências e ideias para o enfrentamento do cotidiano em que estão imersos. Durante a realização desta pesquisa, nos deparamos com relatos positivos dos trabalhadores sobre o compromisso com o trabalho realizado, a realização profissional e o sentido encontrado no trabalho:

> Trabalhadora 06: é uma equipe com todas as dificuldades que têm, é uma equipe que faz a diferença né. Eu sou muito defensora sim do espaço, do objetivo ao qual se propõe, enquanto espaço de acolhimento para população adulta e em situação de rua e o quanto... a delicadeza disso. Porque o que eu digo sempre, o pessoal que chega aqui não tem mais aonde chegar. Aqui é o último espaço onde ela pode chegar. Porque geralmente ela já passou pelo albergue, ela já passou por todos os espaços. Aqui é a última instância. Então assim, a gente consegue, por vezes, fazer a diferença. Então eu acho que é uma delicadeza, uma sutileza no trabalho que ela é, encantadora. E que é muito importante. Por isso eu acho dessa resistência, quando a gente fala a gente fala com força assim do trabalho que a gente executa aqui, porque a gente sabe que da população que aqui acessa, da fragilidade, da vulnerabilidade... É nós!

Mesmo com o crescente sucateamento dos equipamentos públicos e das políticas públicas, assim como o crescente processo de individualismo, exacerbado pelo ideário neoliberal, a Trabalhadora 06 encontra sentido no trabalho desenvolvido pelo conjunto dos trabalhadores — não só no seu espaço sócio-ocupacional, mas na política de assistência social como um todo. Nos termos de Peyon (2018), é possível enfrentar parte do adoecimento no trabalho quando há um sentido e uma satisfação coletiva para a atividade desenvolvida. A Trabalhadora 06 destaca a “resistência” ao se referir ao trabalho desenvolvido, assim como a relevância dessa atuação profissional na lógica de proteção social dos sujeitos atendidos. Conforme desenvolvido ao longo de toda esta tese, os direitos sociais foram adquiridos, historicamente, através de muita luta coletiva dos trabalhadores.

Ao longo deste capítulo, analisamos o rebatimento às transformações do mundo do trabalho e o impacto na saúde dos trabalhadores. O trabalho, em seu sentido ontológico, que é criativo e transformador, cede lugar ao trabalho explorado e à venda da força de trabalho na sociedade capitalista, acarretando perdas e sofrimento aos trabalhadores. Os processos cada vez mais individualizantes, a precariedade das condições de trabalho e a perda de direitos trabalhistas aparece na narrativa dos trabalhadores, dando uma noção da dimensão do sofrimento produzido. O trabalho com e nas políticas públicas tem exigido resistência dos trabalhadores na busca por sentido de seu fazer. Na sequência, temos o último capítulo deste texto, no qual apresentamos a Conclusão desta tese.

6 CONCLUSÃO

Nadar
De nada vale
De nada serve
Se não me colocar
Nadar
Impulsionar
Ir
Nadar
Vamos?
(Dóris Soares)[52]

Seguindo a analogia com as águas que percorre os capítulos deste trabalho, iniciamos esta conclusão inspirados pelo poema de Dóris Soares. Ao longo desta tese, fomos “nadando” pelo percurso, muitas vezes não tão fluido, da Proteção Social e sua interface com a saúde mental. Na discussão semântica sobre o conceito de Proteção Social, transpareceu que o entendimento do termo está constituído em si mesmo e que a Proteção Social, de fato, atinge os objetivos que persegue enquanto constituição de políticas públicas que assegurem os direitos da classe trabalhadora. Contudo, ao analisarmos a Proteção Social ao longo da história, nos diferentes modos de produção e nas diversas etapas pelas quais o sistema capitalista já passou, percebemos que as políticas públicas para Proteção Social atuam muito mais como um processo de apaziguamento das reivindicações da classe trabalhadora do que, de fato, contribuindo para sua independência, autonomia e proteção. Assim como uma garoa, que se inicia como uma chuva leve e é essencial para a reabastecimento de rios, lagos e para manutenção da vida humana, a exploração exacerbada produzida pelo capitalismo destrói a natureza, acarreta a crise climática, e a garoa se transforma em tempestade e enchente. Da garoa à enchente; da proteção à desproteção social.

Na analogia com as águas, inspirada na *Odisseia*, de Homero (2019), estabelecemos uma relação do ideário neoliberal com a viagem do herói Ulisses, que atravessa os mares de volta para casa. Conta a mitologia grega que Ulisses, em sua nau, deveria atravessar o mar perto de uma ilha com sereias, criaturas famosas por atrair os marinheiros com seu belo canto e levá-los à morte. De forma astuta, Ulisses orienta que sua tripulação tape os ouvidos com cera; ele se amarra ao mastro da nau para impedir que ele mesmo sucumba aos encantos das sereias, conseguindo, assim,

[52] Dóris Soares é poetisa, psicóloga e trabalhadora da política de assistência social em Porto Alegre.

sobreviver e seguir viagem. Assim como o canto das sereias, o ideário neoliberal tem um discurso aveludado: é centrado na meritocracia e na responsabilidade individual, com um modelo de gestão estatal que se apresenta como modernização, desentrave da máquina pública, presença de parcerias público-privadas e iniciativas inovadoras. Contudo, com base na análise dos relatos dos trabalhadores e usuários participantes deste estudo, constatamos que, assim como o canto das sereias, o Estado neoliberal tem produzido políticas de morte e adoecimento. Ao sermos cotidianamente encharcados por uma ideologia de mundo que ultrapassa os muros do trabalho e nos toma em todas as dimensões de nossas vidas, precisamos encontrar recursos e método que nos alertem quanto ao encanto das sereias e, assim, como Ulisses, possamos seguir nadando em mar aberto de forma lúcida, critica e coerente com os princípios que defendemos.

Os trabalhadores e usuários das políticas de assistência social e saúde mental são convocados a nadar contra uma maré de águas turvas e lamacentas, com comportas e muros que protegem contra as enchentes, mas que sofrem negligência cotidiana do poder público. Estamos falando de nadar contra a falta e o sucateamento de serviços e equipamentos públicos, contra a desresponsabilização do Estado, contra a insuficiência de trabalhadores para atender à população, contra a falta de diretrizes e orientações, a falta de recursos, a perda de direitos trabalhistas, a precarização dos vínculos de trabalho, a falta de escuta do gestor público às necessidades concretas de usuários e trabalhadores das políticas públicas, contra os estigmas e preconceitos de pessoas com transtornos mentais e pessoas vulneráveis, contra a culpabilização dos sujeitos por suas condições de trabalho e de vida.

É preciso destacar que a disputa de interesses conflitantes entre burguesia e proletariado é parte constituinte desta sociedade, assim como a produção de desigualdades. As aquisições históricas para a Proteção Social são conquistas da classe trabalhadora, que o fez por meio de reivindicações de organizações populares, lutas de movimentos sociais e movimentos de trabalhadores e muita resistência. A Constituição Federal de 1988, embora seja marcada pela manutenção de muitos interesses da classe dominante, é um marco histórico importante no reconhecimento da política de assistência social e da política de saúde enquanto direitos de proteção social da classe trabalhadora. Sua operacionalização, contudo, ocorre em período histórico de acirramento do Estado neoliberal, o que maximiza a perspectiva de

culpabilização individual dos sujeitos pela sua condição e minimiza o papel do Estado na garantia de Proteção Social.

Nesse contexto de disputa e contradição, em que se alterna entre a materialização de proteção social e a materialização de desproteção social, discorremos sobre as faces perversas da (des)proteção social e sua interface com a saúde mental. A insuficiência de serviços e equipamentos públicos, seja da política de assistência social ou de saúde mental, é um aspecto recorrente nas narrativas de trabalhadores e usuários ouvidos nesta pesquisa. Não por acaso, destacamos, no capítulo 3, que “não há botes salva-vidas para todos”. As notórias filas de espera — sejam concretas, em frente aos albergues, sejam virtuais, no aguardo de atendimento especializado em saúde mental — referendam que, embora sejam políticas universais, a assistência social e a saúde mental não provêm atendimento para todos. O acesso dito universal é, na realidade, cada vez mais focalizado, atendendo apenas uma parcela mais vulnerável da população.

O enxugamento dos gastos públicos pelo Estado na lógica da contrarreforma neoliberal acarreta insuficiência no acesso aos serviços e falta de responsabilidade estatal pela gestão de políticas públicas, sendo transferida ao trabalhador essa responsabilidade e obrigando-o a realizar a “gestão do impossível”. O trabalhador é obrigado a selecionar quem, dentre os mais vulneráveis entre os vulneráveis, poderá acessar os serviços e equipamentos públicos. A sobrecarga de realizar essa seleção — que é excludente e confronta a essência da proteção social — acarreta sofrimento e adoecimento para o trabalhador, afetando sua saúde mental. Além de fazer essa seleção, é obrigado a estabelecer critérios que, por vezes, são violadores de direitos. Isso porque, durante os acompanhamentos e atendimentos dos sujeitos, o trabalhador é direcionado a uma seleção que mais exclui do que de fato inclui, a fim de garantir a rotatividade do ingresso de novos usuários nos serviços. O Usuário 11 conta que utilizava a palavra “desligamento” para definir sua saída de um Acolhimento Institucional para Adultos caso não cumprisse os objetivos do plano de acompanhamento construído junto com a equipe técnica. Na perspectiva de ser “desligado”, como um objeto que queremos que pare de funcionar ou uma luz que desejamos que se apague, denotando a objetificação dos sujeitos e uma responsabilização individual sobre uma condição de exclusão social que é construída socialmente.

No processo de desresponsabilização do Estado, além da culpabilização dos próprios indivíduos pela sua condição, há uma forte responsabilização das famílias pelo cuidado de seus integrantes — em especial, daqueles com transtornos mentais. Contudo, há pouco aporte do Estado em garantir condições para que essas famílias promovam esse cuidado, restando, assim, o perverso rótulo de “famílias não protetivas” ou “famílias negligentes” a esses núcleos familiares.

As faces perversas da desproteção social exigem que trabalhadores e usuários criem estratégias para garantir acesso aos serviços. O Usuário 09 apresenta uma estratégia que ele mesmo criou para que as equipes de saúde solicitassem abordagem social para ele quando estivesse longe do albergue, viabilizando seu acesso ao equipamento sem precisar disputar seu ingresso no serviço na fila com outros usuários. A alta demanda de atendimentos para um número ínfimo de serviços e a falta de fluxos claros de atendimento, em nível de gestão, entre a política de saúde e de assistência social exigem que a população usuária, junto aos trabalhadores dos serviços, use estratégias que burlam os regramentos de acesso. A constituição de critérios e fluxos para ingressar nos serviços que não condiz com a demanda dos serviços, levando os trabalhadores e usuários a “darem um jeitinho”, inviabilizando a constituição de políticas públicas que atuem na lógica do direito. Esses “jeitinhos” denunciam a impotência dos trabalhadores diante da burocracia dos serviços e denunciam que a constituição de fluxos e rotinas de ingresso não contemplam uma demanda crescente — principalmente de saúde mental — em uma sociedade cada vez mais adoecida diante das desproteções produzidas.

Os trabalhadores vivem em um constante “turbilhão”, com a sobrecarga de trabalho e tarefas executadas nos equipamentos das políticas públicas de assistência social e de saúde mental. Por vezes, as condições para a realização do trabalho são precárias, com jornadas extenuantes e vínculos empregatícios fragilizados. Relatos de perda de direitos trabalhistas, medo de demissão, falta de educação continuada e falta de capacitação para a realização de um trabalho extremamente complexo são o pano de fundo de equipes que devem realizar o atendimento e acompanhamento de indivíduos e famílias em situações de extrema vulnerabilidade. A fome, a pobreza, a violência física, psicológica e sexual, a discriminação e o preconceito, os maus tratos, o abandono, o sofrimento psíquico e o adoecimento, entre outras inúmeras situações e violações de direitos, perpassam o trabalho cotidiano no “chão de fábrica” das políticas públicas.

A exposição cotidiana a essa dura realidade impacta a subjetividade e o emocional dos trabalhadores. Além de atenderem sujeitos que apresentam inúmeras demandas para proteção social e saúde mental, muitos trabalhadores — em especial os com vínculos de trabalho mais precários — não dispõem de espaços institucionais para escuta e acolhimento de suas próprias demandas, especialmente as de saúde mental. Exige-se que estejam aptos para a realização do trabalho e que cada um procure, por conta própria, encaminhamentos para cuidar de reverberações que surgem em seus corpos e que se encontram intimamente ligadas ao adoecimento pelo trabalho: dores de cabeça, insônia, gastrite, ansiedade, depressão, sentimentos de fracasso, autoculpabilização etc.

O adoecimento dos trabalhadores mostra o impacto do trabalho em diferentes âmbitos de suas vidas, extrapolando os turnos de trabalho e afetando suas relações afetivas e familiares. O Trabalhador 11 narrou o quanto a exposição cotidiana às vulnerabilidades expressas pelos usuários e a falta de recursos e possibilidades para encaminhamento e intervenção nos acompanhamentos que realiza afeta seu emocional e ensejam a criação de espaços coletivos para a escuta e atendimento desses trabalhadores. A precarização das condições de trabalho afetam as famílias dos sujeitos, pois, como expresso na fala do Trabalhador 12, após começar a trabalhar em um equipamento da política de assistência social, começou a ter conflitos com seus filhos e sua esposa, uma vez que, como ele definiu, “levava os problemas do trabalho para casa”.

Pensamos em algumas alternativas para o enfrentamento da desproteção social. As políticas públicas, em sua gênese, atendem aos interesses de manutenção da ordem pela classe burguesa, mas também se manifestam no atendimento de necessidades e demandas históricas da classe trabalhadora. Ao longo da história, o atendimento dessas necessidades só ocorreu a partir da mobilização coletiva dos trabalhadores e por meio dos movimentos sociais. Entendemos ser essencial o fortalecimento do Conselho de Assistência Social e do Conselho de Saúde, especialmente em âmbito municipal, com participação efetiva de trabalhadores e usuários. Da mesma forma, pensando especificamente na população em situação de rua, o Movimento Nacional da População em Situação de Rua, em âmbito nacional, e o jornal *Boca de Rua*, em âmbito local, são exemplos de organização popular em prol dos direitos desse segmento populacional. A população em situação de rua se forja

em resistência, e precisamos aprender a ouvir os “Doutores em Ruaologia” (Boca de Rua, s/d).

É preciso fomentar a organização da classe trabalhadora não por categorias profissionais ou tipos de vínculos (ou ausência de vínculos) de contratação — outra forma perversa de divisão do conjunto dos trabalhadores. É necessário que possamos nos reconhecer enquanto classe que vive do trabalho — e, especificamente, considerando os sujeitos participantes desta pesquisa —, sejam trabalhadores executores diretos das políticas públicas ou trabalhadores que são usuários dessas políticas.

O estímulo ao protagonismo dos sujeitos para a participação em espaços coletivos e deliberativos, como os Conselhos de Direitos e as Conferências de Políticas Públicas, deve ser utilizado como estratégia dentro dos serviços. A promoção de espaços coletivos, como assembleias de usuários e trabalhadores, que identificam e reivindicam, de forma organizada e sistematizada, a efetiva execução das políticas públicas, retomam o lugar da coletividade e enfrentam a lógica de responsabilização individualizada que atinge trabalhadores e usuários dos serviços. Também rompe com a histórica lógica tuteladora das políticas públicas, reconhecendo a autonomia e o protagonismo de seus principais atores: trabalhadores e usuários.

Proteção Social também perpassa a valorização e o reconhecimento do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores. Essa valorização se materializa em vínculos de trabalho fortalecidos, garantia de direitos trabalhistas, planos de carreira e salários e ações preventivas com foco na saúde do trabalhador. O número de equipamentos e trabalhadores condizente com a realidade e com a demanda que se apresenta é essencial para a garantia de proteção social, tanto na política de assistência social como na política de saúde. Entendemos que a educação continuada, não só para os trabalhadores, mas também para e com os usuários, promove uma educação sobre os direitos e uma qualificação dos processos de trabalho.

Finalizando, compartilhamos o que construímos como “a tese da tese”: o conceito e a materialização do termo “Proteção Social” nem sempre corresponde ao seu significado semântico. O seu aparente sentido positivo se desfaz na realidade das políticas públicas que operacionalizam os sistemas de Proteção Social e que, ao longo da história da sociedade capitalista, são utilizadas como mecanismos de apaziguamento da classe trabalhadora e manutenção dos interesses da classe

burguesa. Atualmente, o acesso e o trabalho nas políticas públicas são atravessados pelo neoliberalismo, como expressão política do capitalismo. Isso se manifesta como um Estado mínimo para atender as demandas da classe trabalhadora e um Estado máximo para atender os interesses da burguesia.

Em um contexto de valorização do individualismo, da meritocracia, da superexploração do trabalho, da minimização de direitos e seguranças trabalhistas, do sucateamento, da desresponsabilização e da terceirização das políticas públicas, vivemos a ampliação da desproteção social, o que agudiza o adoecimento psíquico tanto da classe trabalhadora que é usuária das políticas públicas, quanto da classe trabalhadora que executa essas políticas públicas. Ao longo da história, o enfrentamento às faces perversas da (des)proteção social se deu com reinvindicação e organização da classe trabalhadora na luta por direitos sociais, políticas públicas e sistemas de proteção social que, de fato, atendam seus interesses.

Portanto, respondendo ao problema de pesquisa, **a principal face perversa da (des)proteção social** se manifesta quando se mascara como garantia de direitos no intuito de encobrir a divisão da classe trabalhadora, a produção da violência institucional, a inviabilização de acesso e/ou acessibilidade, a manutenção da ordem social imposta, o controle dos corpos vulneráveis, o adoecimento físico e mental da classe trabalhadora e, em extremo, a morte.

E, finalmente, parafraseando a poetisa Dóris Soares, *“De nada Vale / De nada serve / Se não me colocar”.* As proposições realizadas se basearam na experiência da trabalhadora-pesquisadora e nas narrativas dos trabalhadores e dos usuários identificadas na coleta e análise dos dados da pesquisa. Elas são estratégias factíveis e consideram os limites e as possibilidades concretas para que a classe que vive do trabalho e é atravessada por uma correlação desfavorável de forças intervenha na realidade. Nesse sentido, salientamos que as desigualdades sociais, as faces perversas da desproteção social e o sofrimento são elementos intrínsecos do capitalismo, e apenas a superação desse modo de produção poderá viabilizar, de fato, a promoção de proteção social. É necessário lutar e acreditar na possibilidade de mudança, assim como na existência de um modelo de sociedade que não seja forjado na exploração da classe trabalhadora. Nadar contra a corrente é preciso. *Impulsionar / Ir / Nadar / Vamos?*

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Laurem Janine Pereira de. **O nó da nossa solidão**: uma análise sobre suicídio no Brasil. 2023. 215 f. Tese. (Doutorado em Serviço Social) — Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Humanidades, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/A_CONSTITUI%C3%87%C3%83O_DE_NOVAS_PR%C3%81TICAS_NO_CAMPO_DA_ATEN%C3%87%C3%83O_PSICOSSOCIAL.pdf. Acesso em: 09 ago. 2024.

ANDRADE, Fábio Santos de; ANDRADE, Silvana Viana. Quanto vale uma vida? O massacre de pessoas em situação de rua no Brasil. In: ANDRADE, Fábio Santos de *et al*. **Invisíveis**: pessoas em situação de rua no Brasil – significantes e significados. São Carlos: Pedro & João Editores, 2022.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AZEVEDO, Américo Orlando; SOUZA, Tadeu de Paula. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a contrarreforma psiquiátrica brasileira. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 491-510, jul./set., 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/T78xrxYK8j4bBYXDPSZWXvR/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 25 set. 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70: Persona, 1979.

BELLINI, Maria Isabel Barros; MARQUES, Nadianna Rosa. Acesso e acessibilidade: nem sinônimos nem antônimos, e sim convergentes. In: BELLINI, Maria Isabel Barros; MACHADO, Rebel Zambrano. (Org.) **Vulnerabilidades**: intersecções e particularidades. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2017.

BELLINI, Maria Isabel Barros; GOMES, Vera Lúcia Batista; ARENA, Fernanda Xavier. Condições de Trabalho e as Repercussões na Saúde do/da Trabalhador/Trabalhadora no Brasil. In: CUNHA, Marinez Gil Nogueira *et al*. (Org.). **PROCAD Amazônia**: contribuições teóricas para análise sobre formação e trabalho do assistente social. Volume 3. Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2022.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental**: uma análise institucional na prática. São Paulo: Editora Cortez, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 30 jan. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF, Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 09 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: DF, Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 09 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas:** o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004.** Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica – NOB/SUAS.** Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004. Brasília. DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Relatório do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua.** Brasília, maio de 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços. Socioassistenciais**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7053, de 23 de dezembro de 2009.** Política Nacional para População em Situação de Rua. Brasília, dezembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: < chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf > Acesso em: 07 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. **Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 08 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre a responsabilidade de normatizar e padronizar a identidade visual do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde. Brasília: DF, Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13714.htm. Acesso em: 22 ago. 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único. **Observatório do Cadastro Único v1.8.1**. Referência: janeiro de 2025. Disponível em: https://paineis.mds.gov.br/public/extensions/observatorio-do-cadastro-unico/index.html. Acesso em: 31 jan. 2025.

BRAVO, Maria Inês Souza. As políticas brasileiras de seguridade social: Saúde. In: **Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais.** Capacitação em Serviço Social e política social, módulo 03. Brasília: CFESS-ABEPSS-CEAD/UnB, 2000. p. 103-115.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabeth *et al*. (Org.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS / OMS / Ministério da Saúde, 2009.

CARNELOSSI, Bruna Cristina Neves; BERNARDES Maria Eliza Mattosinho. A condicionalidade de educação dos programas de transferência de renda: uma análise crítica do programa Bolsa Família. **Revista Perspectiva**, Florianópolis, v. 32, n. 1, 285-313, jan./abr. 2014 Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2014v32n1p285/pdf_28. Acesso em: 20 set. 2024.

CARNELOSSI, Bruna Cristina Neves. **Segurança de renda**: direito de proteção social do cidadão brasileiro. 2017. 176 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) — Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. Famílias e Políticas Públicas. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália Faller (Org.). **Família**: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez; Coordenadoria de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais – PUCSP, 2010.

CASTRO, Cristiane Pereira; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200007. Acesso em: 25 set. 2024.

CAVALCANTE, Lidiany de Lima; BELLINI, Maria Isabel Barros. Estratégias de autocuidado: o silenciamento do Serviço Social sobre o cuidado do profissional. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, e44479, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.15448/1677-9509.2023.1.44479. Acesso em: 14 jul. 2024.

CIDH. **Corte Interamericana de Direitos Humanos**: Caso Ximenes Lopes *versus* Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006 (Mérito, Reparações e Custas), 2006.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira**: uma equação possível? São Paulo: Cortez, 2006.

COUTO, Berenice Rojas *et al*. Implementação do SUAS nos estados do Rio Grande do Sul e Paraná: desafios para a garantia da Assistência Social na Região Sul. In: RAICHELIS, Raquel; SILVA, Maria Ozanira da Silva e; COUTO, Berenice Rojas; YAZBEK, Maria Carmelita. **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: disputas e resistências em movimento. São Paulo: Cortez, 2019.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo:** ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez/Oboré, 2011.

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato cultural. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria de; GAMA, Andréa de Sousa; Monnerat, Giselle Lavinas (Org.). **Saúde e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. **Boletins sobre o impacto das chuvas no RS.** Disponível em: https://www.estado.rs.gov.br/boletins-sobre-o-impacto-das-chuvas-no-rs. Acesso em: 10 de setembro de 2024.

FEIER, Aline Lemos. Razão e desrazão: a história da loucura de Michel Foucault. **Revista Ítaca**, Rio de Janeiro, n. 26, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://revistas.ufrj.br/index.php/Itaca/article/view/2406. Acesso em: 05 ago. 2024.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. 12. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2019.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

GADOTTI, Moacir. **Concepção dialética da educação**: um estudo introdutório. São Paulo: Editora Autores Associados: Cortez Editora, 2000.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GEHLEN, Ivaldo *et al*. Dinâmicas, estratégias e Munda da População em Situação de Rua de Porto Alegre. In: SCHUCH, Patrice; GEHLEN, Ivaldo; SANTOS, Simone Ritta dos (Org.). **População de Rua:** políticas públicas, práticas e vivências. Porto Alegre: Cirkula, 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde:** o público e o privado. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. Disponível em: http://books.scielo.org. Acesso: 12 ago. 2024.

GUIMARÃES, Ana Paula Dias; OLIVEIRA, Helian; SILVA, Jandira Maciel. Violência relacionada ao trabalho e apropriação da saúde do trabalhador: sofrimento anunciado no Sistema Único de Assistência Social. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 1-19, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/qRCykDDfCrPzfRgLRqhNZ5j/?lang=pt. Acesso em: 10 mar. 2024.

HOMERO. **A Odisseia**. São Paulo: Editora Mimética, 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro e questão social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez; [Lima Peru]: CELATS, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo 2022. **Conhecendo o Brasil**. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/sobre/conhecendo-o-brasil.html > Acesso em: 12 de agosto de 2024.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Nota Técnica nº 103**: Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022). 2023. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/publicacao-item?id=faa83eb1-f7fb-44d9-ba91-341a7672611d. Acesso em: 31 mar. 2023.

LEMÕES, Tiago. **Hierarquia, contestação e igualdade:** a produção da militância política para a população de rua no Brasil. *Civitas – Revista de Ciências Sociais*, v. 19, n. 3, p. 17, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/civitas/i/2019.v19n1/. Acesso em: 01 de abril de 2024.

LISBÔA, Carin Otilia Kaefer; AGUIAR, Laurem Janine Pereira de; BELLINI; Maria Isabel Barros. Família, Familismo e a (des)responsabilização do Estado. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, INTERSETORIALIDADE E FAMÍLIA: A LUTA SE FAZ NO COLETIVO! SOBRE-VIVER EM TEMPO DE AGUDIZAÇÃO DA BARBÁRIE, 4. 2022. Porto Alegre. **Anais**. Porto Alegre: EDIPUCRS. recurso online. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://editora.pucrs.br/edipucrs/acessolivre/anais/serpinf-senpinf/assets/edicoes/2022/arquivos/31.pdf Acesso em: 22 de junho de 2024.

MACHADO, Simone Araújo. **O processo de rualização e o sistema único de assistência social/SUAS:** uma interlocução necessária entre proteção social básica e proteção social especial. 2012. 129 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) — Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

MARSIGLIA, Maria Regina Giffoni. Orientações básicas para pesquisa. In: MOTA, Ana Elizabeth *et al*. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS / OMS / Ministério da Saúde, 2009.

MARX, Karl. **O Capital**. Crítica da Economia Política. Livro 1 – O processo de produção do Capital. Volume I. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MARX, Karl. **Manuscritos Económicos – Filosóficos**. Lisboa: Edições 70, 1993.

MARX, Karl. **A ideologia alemã**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, Karl. **O Capital**. Crítica da Economia Política. Livro 1 – O processo de produção do Capital. São Paulo: Boitempo, 2023.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. Manifesto do Partido Comunista. In: REIS FILHO, Daniel Aarão. **O Manifesto Comunista 150 anos depois**. São Paulo: Perseu Abramo, 1998.

MIGLIARI, Wellington. Metadados: Dez passos para começar Estudos e Análise de dados. In: **Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2022. Disponível em: https://obpoprua.direito.ufmg.br/metadados.html. Acesso em: 05 ago. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; MINAYO; Carlos Gómez. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, Paulete; MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni; GOMES, Mara Helena de Andréa(Org.). **O Clássico e o Novo:** tendências, objetos e abordagens em Ciências Sociais e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. Disponível em: https://books.scielo.org/id/d5t55/pdf/goldenberg-9788575412510-09.pdf. Acesso em: 15 set. 2024.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. A centralidade da família na política de assistência social: contribuições para o debate. **Revista de Políticas Públicas**, v. 8, n. 1, p. 133-142, jul., 2015 Disponível em: https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3756. Acesso em: 16 jun 2024.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, Ana Elizabete *et al*. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

MONTAÑO, Carlos. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 110, p. 270-287, abr./jun. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sssoc/a/MXPc4rLkBSzfxQGv5DQgWsH/?lang=pt. Acesso em: 20 de setembro de 2022.

MOTA, Ana Elizabete. A Centralidade da assistência social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabeth (Org.). **O Mito da Assistência Social**: ensaios sobre o Estado, Política e Sociedade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MOTA, Ana Elizabete; MARANHÃO, Cezar Henrique; SITCOVSKY, Marcelo. As tendências da política de Assistência Social, o SUAS e a formação profissional. In: MOTA, Ana Elizabeth (Org.). **O Mito da Assistência Social**: ensaios sobre o Estado, Política e Sociedade. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NUNES, Bárbara Rodrigues. **Política de Saúde Mental em São Lourenço do Sul**: vanguarda na reforma psiquiátrica. 2023. 200 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) — Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

NUNES, Bárbara Rodrigues; BELLINI, Maria Isabel Barros. Silenciamento da violência institucional: repercussões no uso de álcool e outras drogas. In: BELLINI, Maria Isabel Barros; ARENA, Fernanda Xavier (Org.). **Trabalho, Saúde e Intersetorialidade**: a produção de conhecimento científico como desafio e resistência. Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2025. Edição bilíngue - português / inglês.

NUNES, Rodrigo dos Santos. **Como a população em Situação de Rua está contemplada no processo de Vigilância Socioassistencial?**. 2019. 149 p. Tese (Doutorado em Serviço Social) — Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **170ª Sessão do Comitê Executivo**: Política para Melhorar a Saúde Mental. 2022. Disponível em: https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-15-p-politica-saude-mental_0.pdf Acesso em: 27 abr. 2024.

PAGOT, Angela Maria. **O louco, a rua, a comunidade**: as relações da cidade com a loucura em situação de rua. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção Social no Capitalismo:** contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes. 2013. 307 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) — Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção Social no Capitalismo**: crítica a teorias e ideologias conflitantes. São Paulo: Cortez, 2016.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social**: Temas & questões. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PEREIRA, Potyara A. P. Proteção Social Contemporânea: cui prodest? **Revista Serviço Social e Sociedade**. n. 116, dezembro de 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-66282013000400004 Acesso em: 15 jun. 2024.

PEYON, Eduardo Rodrigues. **Sobre o trabalhar contemporâneo**: diálogos entre a psicanálise e a psicodinâmica do trabalho. São Paulo: Blucher Open Acess, 2018.

PRATES, Flávio Cruz; PRATES, Jane Cruz; MACHADO, Simone Araújo. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. **Revista Temporalis**, Brasília, ano 11, n. 22, p. 191-215, jul./dez., 2011. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/1387/1585. Acesso em: 14 jul. 2023.

PRATES, Jane Cruz. A pesquisa social a partir do paradigma dialético-crítico: do projeto à análise do dado. In: FERNANDES, Idilia; PRATES, Jane Cruz. (Org.). **Diversidade e Estética em Marx e Engels**. Campinas, SP: Papel Social, 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Lei nº 4308, de 13 de julho de 1977**. Autoriza o município a instituir uma Fundação destinada a promover e desenvolver a educação social, comunitária e administrar os Centros de Comunidade e Esportivos e equipamentos similares e dá outras providências. Disponível em: https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-ordinaria/1977/431/4308/lei-ordinaria-n-4308-1977-autoriza-o-municipio-a-instituir-uma-fundacao-destinada-a-promover-e-desenvolver-a-educacao-social-comunitaria-e-administrar-os-centros-de-comunidade-e-esportivos-e-equipamentos-similares-e-da-outras-providencias. Acesso em: 05 fev. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Consultório na Rua, 2023a. Disponível em: https://prefeitura.poa.br/carta-de-servicos/consultorio-na-rua. Acesso em: 21 abr. 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Mental, 2023b. Disponível em: https://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=686. Acesso em: 21 abr. 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2023. Porto Alegre, 2024. Disponível em: https://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/default.php?p_secao=96. Acesso: 09 ago. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Lei nº 14.182, de 17 de janeiro de 2025**. Institui a Política Pública de Internação Humanizada no Município de Porto Alegre e dá outras providências. Disponível em: https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-ordinaria/2025/1419/14182/lei-ordinaria-n-14182-2025-institui-a-politica-publica-de-internacao-humanizada-no-municipio-de-porto-alegre-e-da-outras-providencias. Acesso em: 05 fev. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Lei Complementar nº 1.036, de 2 de fevereiro de 2025**. Extingue a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), instituída pela Lei nº 4.308, de 13 de julho de 1977, e dispõe sobre a absorção de suas competências, patrimônio e pessoal pela Administração Pública Municipal Direta. Disponível em: https://leismunicipais.com.br/a/rs/p/porto-alegre/lei-complementar/2025/104/1036/lei-complementar-n-1036-2025-extingue-a-fundacao-de-assistencia-social-e-cidadania-fasc-instituida-pela-lei-n-4308-de-13-de-julho-de-1977-e-dispoe-sobre-a-absorcao-de-suas-competencias-patrimonio-e-pessoal-pela-administracao-publica-municipal-direta. Acesso em: 05 fev. 2025.

RAICHELIS, Raquel; SILVA, Maria Ozanira da Silva e; COUTO, Berenice Rojas; YAZBEK, Maria Carmelita. **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: disputas e resistências em movimento. São Paulo: Cortez, 2019.

RAMON, Gisele Selistre. **Determinação social da saúde e as dimensões da competência profissional de assistentes sociais de Porto Alegre**. 2013. 120 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) — Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

RAMON, Gisele Selistre; BELLINI, Maria Isabel Barros. Casa de Papelão e a Liberdade em Trapos: a integralidade, intersetorialidade e o cuidado da população em situação de rua. In: BELLINI, Maria Isabel Barros; ARENA, Fernanda Xavier (Org.). **Trabalho, Saúde e Intersetorialidade**: a produção de conhecimento científico como desafio e resistência. Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2025. Edição bilíngue – português / inglês.

SAFATLE, Wladimir. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In: SAFATLE, Vladimir; SILVA JÚNIOR, Nelson da; DUNKER, Christian (Org.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

SANTOS, Priscila Ribeiro dos; Cortês, MARGARITES, Soraya Vargas; CONDE, Gustavo. Da tutela à cidadania: construção social das imagens dos usuários da Política de Assistência Social. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 37, n. 1, jan./abr., 2022. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.scielo.br/j/se/a/myNsrgRmHC5gFzHFsbY6N5h/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 20 set. 2024.

SCHUCH, P *et al*. População adulta em situação de rua em Porto Alegre: uma síntese. In: SCHUCH, Patrice; GEHLEN, Ivaldo; SANTOS, Simone Rita dos. (Org.). **População de Rua**: políticas públicas, práticas e vivências. Porto Alegre: Cirkula, 2017.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Os vínculos entre condições de trabalho e saúde mental. **Psicologia**: Ciência e profissão, Brasília, v. 8, n. 2, 1988. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931988000200006. Acesso em: 28 de setembro de 2023.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental:** o direito de ser dono de si mesmo. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2022.

SPOSATI, Aldaíza. Modelo Brasileiro de Proteção Social não contributiva: concepções fundantes. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009.

SOARES, Dóris. **Gotas de chuva encontram o mar.** Belo Horizonte: Venas Abiertas, 2020.

SOARES, Raquel Cavalcante. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012.

SOUZA, Bianca Ribeiro de.; OLIVEIRA, Shirleny Pereira de Souza. O Serviço Social na Inglaterra: a experiência de um estágio de pesquisa. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 138, p. 302-320, maio/ago., 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0101-6628.214. Acesso em: 20 set. 2022.

TRIVINÕS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa nas Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa na educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 2003.

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 1 – Térreo
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone: (51) 3320-3513
E-mail: propesq@pucrs.br
Site: www.pucrs.br