

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Priscilla Nunes Rezende

**Pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais no centro
de São Paulo: a questão ambiental e a intervenção do Serviço Social na
política de saúde**

DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

**São Paulo
2023**

Priscilla Nunes Rezende

Pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais no centro de São Paulo: a questão ambiental e a intervenção do Serviço Social na política de saúde

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como requisito para obtenção do título de Doutora em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Ademir Alves da Silva

DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

**São Paulo
2023**

R467

Rezende, Priscilla Nunes

Pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais no centro de São Paulo: a questão ambiental e a intervenção do Serviço Social na política de saúde. – São Paulo: [s.n.], 2023.

145 p. ; 30 cm.

Tese (Doutorado em Serviço Social) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Ademir Alves da Silva.

1. Questão ambiental. 2. Questão urbana. 3. Consumo. 4. Saúde. 5. Serviço Social. 6. Situação de acumulação de objetos e/ou animais. I. Silva, Ademir Alves da. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-graduados em Serviço Social. III. Título.

CDD 361.3

Priscilla Nunes Rezende

**Pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais no centro
de São Paulo: a questão ambiental e a intervenção do Serviço Social na
política de saúde**

Tese de doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Serviço
Social da Pontifícia Universidade Católica
de São Paulo como requisito para
obtenção do título de Doutora em Serviço
Social.

Orientador: Prof. Dr. Ademir Alves da Silva

Aprovada em: _____ de _____ de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ademir Alves da Silva
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
(PUC/SP)

Prof. Dr. Rodrigo Aparecido Diniz
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
(PUC/SP)

Profa. Dra. Rosangela Dias Oliveira da Paz
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
(PUC/SP)

Profa. Dra. Arianne Celis
Universidade de São Paulo (USP)

Profa. Dra. Maria das Graças e Silva
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Dedico este trabalho às pessoas em situação de acumulação, sujeitos sociais que “acumula(m)-dores”, diante de uma sociedade que os torna invisíveis.

Agradeço à CAPES pelo apoio e bolsa de estudos parcial.

Este estudo foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES). Número de processo: 88887.373206/2019-00.

Grateful to CAPES for the support and partial educational sponsorship. This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) Process Number: 88887.373206/2019-00.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é ter a oportunidade de reconhecer os que acompanharam esta jornada que contempla os 20 anos de inserção no Serviço Social, desde a graduação. Como sujeitos sociais, nossos processos são compartilhados e coletivizados no cotidiano e as pessoas ao nosso redor são parte fundamental do que nos tornamos. A construção desta tese foi permeada de desafios, aprendizados e amadurecimento pessoal e profissional, enriquecida por intensas relações pessoais e profissionais que me permitiram chegar até aqui.

Agradeço inicialmente à minha família pelo apoio de sempre, mesmo a distância. Às idas mensais a Franca, que enchem meu coração de força e amor. À minha mãezinha Alcília, que até o mestrado pôde acompanhar, nesse plano material, o meu caminho e com certeza continua me protegendo e iluminando, amor eterno! Ao meu pai, Sr. Arlindo, pelo carinho e palavras de incentivo. À minha irmã Carla por sua força e presença diária, meu porto seguro, “mãe-segunda”. Ao meu irmão Juninho por torcer por mim e sempre afirmar sobre o orgulho que sente das minhas conquistas e à minha cunhada Aline. Ao meu cunhado Bertim que me acompanha desde a infância e o considero como irmão. Ao Breno, sobrinho e afilhado por, mesmo sem saber, me tirar da zona de conforto de refletir sobre outros olhares. À tia Lucília (tia Pupu) por todo o amor, entrega e presença e pelos pães de queijo também!

Agradeço às amigas de longa data que hoje moram longe, mas se fazem presentes ao ponto de quando conseguimos nos encontrar é como se fosse algo corriqueiro tamanha a sintonia: Fabi, Vandrea, Carol, Aline, Elaine e ao meu afilhado João Henrique, criança dedicada e inteligente. E as que moram em São Paulo, mas a rotina não nos permite estar tão próximas fisicamente: Rafa (Tody), Camis e Tatti.

A Gabriela, profissional que admiro e amiga desde a graduação. Esteve presente nessa jornada, principalmente na minha estada em Portugal, agradecida.

Aos amigos/as da corrida para a vida, esporte que me acompanha há 13 anos, em especial aos #falidos Keli, Rico, Marina, Taty, Naty e Rogério pela força

e presença no último ano. Ao Irmozene, por me apresentar o “trail run” e também faz parte desta trajetória.

Ao meu orientador nessa jornada do doutorado, prof. Dr. Ademir Alves da Silva, agradeço por toda a dedicação, incentivo e disponibilidade na construção conjunta desta tese, além do apoio na minha ida para o estágio de investigação em Portugal.

Às/aos companheiras/os de jornada do NEPPOS/PUC-SP, pelas construções conjuntas, em especial a Ana Maria com quem pude compartilhar, além de artigos, muito aprendizado.

À Profa. Dra. Maria Irene de Carvalho, pelo acolhimento no estágio sanduíche na Universidade de Lisboa/Portugal. Para além do aprendizado acadêmico, a disponibilidade em compartilhar da cultura lisboeta, tornando a experiência inesquecível.

Aos professores e professoras da PUC/SP, agradeço o conhecimento compartilhado. Aos colegas do NETRAB e do NEMOS, Núcleos de estudos que nortearam os quatro anos de doutorado.

Às queridas professoras Dra. Maria das Graças e Silva e Dra. Rosangela Paz pelas contribuições na banca de qualificação, fundamentais para a concretização da tese.

Aos colegas de trabalho da UVIS Centro, com quem compartilhei 14 anos de trabalho, com muito aprendizado pessoal e profissional. À toda equipe da URSI Centro que me acolheu esse ano, nesta nova fase profissional na Prefeitura de São Paulo.

Às assistentes sociais recém-chegadas à Vigilância em Saúde do Centro, pelo apoio e continuidade do trabalho: Karoline, Adelita e Vanessa.

Às queridas amigas, mulheres inspiradoras, trabalhadoras do SUS: Nancy, Raphaela, Luana, Wânia e Marina.

Rezende, Priscila Nunes. **Pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais no centro de São Paulo**: a questão ambiental e a intervenção do Serviço Social na política de saúde. 2023. 145 p. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023.

RESUMO

Esta tese trata de identificar as determinações da relação entre pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais e as dimensões social e ambiental, a partir da intervenção dos/das assistentes sociais na saúde, considerando a análise da Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação da cidade de São Paulo. Compreendeu esta problemática a partir da análise conceitual sobre as situações de acumulação de objetos e/ou animais e suas diversas representações na sociedade contemporânea, na esfera da saúde mental, no senso comum e a perspectiva crítica, escolhida para delinear esta pesquisa. Sistematizou as concepções sobre questão ambiental, no contexto da crise socioambiental contemporânea e questão urbana no percurso analítico do território da região central de São Paulo. Para elucidar o objeto, foi utilizada pesquisa empírica com análise do banco de dados municipal para a caracterização dos sujeitos em situação de acumulação de objetos e/ou animais residentes no território da CRS Centro. Como percurso metodológico foram aplicados questionários e entrevistas aos assistentes sociais da Rede de Atenção à Saúde do Centro. Com os resultados foi identificada a maior incidência de pessoas idosas em situação de acumulação de objetos e/ou animais no Centro de São Paulo e quanto ao tipo de acúmulo predomina o de objetos. Quanto à intervenção profissional dos/as assistentes sociais junto às situações de acumulação constata-se a presença das dimensões social e ambiental, entrelaçadas com os aspectos de saúde mental no contexto das expressões da questão urbana e ambiental na metrópole paulista. Identificou-se a contribuição do Serviço Social como articulador no trabalho interdisciplinar de implementação da política, na perspectiva de compreensão sobre os sujeitos sociais que existem por trás do acúmulo, contribuindo para a visibilidade da problemática em suas múltiplas dimensões.

Palavras-chave: questão ambiental; questão urbana; consumo; saúde; serviço social; situação de acumulação de objetos e/ou animais.

Rezende, Priscila Nunes. **People in situations of object and/or animal hoarding in downtown São Paulo:** the environmental issue and the Social Work intervention in health policy. 2023. 145 p. Thesis (Doctorate in Social Work). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2023.

ABSTRACT

This thesis aims to identify the determinations of the relationship between people in a situation of accumulation of objects and/or animals and the social and environmental dimensions, based on the intervention of social workers in health, considering the analysis of the Municipal Policy for Comprehensive Attention to People in Accumulation Situation in the city of São Paulo. This issue was understood from the conceptual analysis of situations of accumulation of objects and/or animals and their various representations in contemporary society, in the sphere of mental health, in common sense and the perspective chosen to outline this research. It Systematized the conceptions of the environmental issues, in the context of the contemporary socio-environmental crisis, and the urban issues in the analytical path of the territory of the central region of São Paulo. To elucidate the object, empirical research was used with analysis of the municipal database for the characterization of subjects in a situation of accumulation of objects and/or animals residing in the territory of CRS Centro. As a methodological route, questionnaires and interviews were applied to social workers from the Center's Health Care Network. With the results, a higher incidence of elderly people in a situation of accumulation of objects and/or animals in the center of São Paulo was apprehended and, regarding the type of accumulation, objects predominate. As for the professional intervention of social workers in situations of accumulation, the presence of social and environmental dimensions is noted, intertwined with aspects of mental health in the context of expressions of the urban and environmental issue in the metropolis of São Paulo. The contribution of Social Work was identified as an articulator in the interdisciplinary work of implementing the policy, from the perspective of looking at the social subjects that exist behind the accumulation, contributing to the visibility of the problem in its multiple dimensions.

Keywords: environmental issue; urban issue; consumption; health; social work; situation of accumulation of objects and/or animals.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AVD	Atividades de Vida Diária
A&E	Arts and Entertainment
BPC	Prestação Continuada
CAPP	Centro de Administração e Políticas Públicas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
COP	Conferência das Partes
COVID	Corona Vírus Disease
COVISA	Coordenação de Vigilância em Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRASA	Comitê Regional de Atenção Integral às pessoas em situação de acumulação
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais
EMAB	Equipes multidisciplinares da atenção básica
GNT	Globosat News Television

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISCSP	Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
LabCidade	Laboratório Espaço Público e Direito à Cidade
MP/SP	Ministério Público do Estado de São Paulo
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organização Social
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PAI	Programa Acompanhante de Idosos
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PAVS	Programa Ambientes Verdes e Saudáveis
PDE	Plano Diretor Estratégico
PMAIPSA	Política Municipal de Atenção Integral às pessoas em situação de acumulação
PPP	Parcerias Público-Privadas
PR	Paraná
PSF/Qualis	Programa Saúde da Família/Qualidade Integral em Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SD	Síndrome de Diógenes
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TA	Transtorno de Acumulação
TOC	Transtorno obsessivo compulsivo
UBS	Unidade Básica de Saúde
UVIS	Unidade de Vigilância em Saúde
ZEIS	Zonas Especiais de Interesse Social

LISTA DE QUADRO, GRÁFICOS E TABELAS

Quadro 1:	Legislação – pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais.....	73
Gráfico 1:	Incidência de casos na cidade de São Paulo.....	93
Gráfico 2:	Sexo - pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais.....	94
Gráfico 3:	Faixa etária - pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais.....	95
Gráfico 4:	Tipos de acumulação.....	96
Tabela 1:	Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	106
Tabela 2:	Atendimento a pessoas em situação de acumulação e conhecimento da legislação.....	107
Tabela 3:	Identificação das situações de acumulação.....	108
Tabela 4:	Responsabilidade pela gestão dos casos.....	109
Tabela 5:	Relação entre situações de acumulação e saúde mental e ambiental.....	110
Tabela 6:	Situação socioeconômica e demandas ao serviço social.....	112

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1 - ORIGEM DA DISCUSSÃO: SÍNDROME DE DIÓGENES.....	26
1.1 O status de “Transtorno de Acumulação” no DSM-5	29
CAPÍTULO 2: QUESTÃO AMBIENTAL: A LÓGICA DO LUCRO E A AUTODESTRUTIVIDADE DO CAPITAL	38
2.1 Questão ambiental: fundamentos sócio-históricos.....	38
2.2 A Crise Socioambiental Contemporânea	45
CAPÍTULO 3 - AS DISPUTAS PELA CIDADE: BECOS, BARRACOS E ESGOTO A CÉU ABERTO.....	57
3.1 Condições de vida da classe trabalhadora e questão urbana.....	58
3.2 A realidade do território: o centro da cidade de São Paulo	62
CAPÍTULO 4 - QUEM SÃO OS SUJEITOS SOCIAIS QUE ACUMULAM OBJETOS E/OU ANIMAIS? CONHECER PARA INTERVIR ATRAVÉS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	72
4.1 Situação de acumulação de objetos e/ou animais na perspectiva das políticas públicas no Brasil.....	72
4.2 Um olhar para o território: a Política de saúde na cidade de São Paulo .	76
4.4 Política Municipal de atenção integral às pessoas em situação de acumulação – Decreto 57.570/2016	86
4.5 Quem são os sujeitos por trás da acumulação de objetos e/ou animais?	92
CAPÍTULO 5 - CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO EM SÃO PAULO	99
5.1 O Serviço Social na saúde	99
5.2 Serviço Social: atendimento às situações de acumulação no SUS....	103
5.3 Serviço Social e situação de acumulação: atuação profissional na CRS Centro	105

5.4 Para além do acúmulo: o olhar do Serviço Social.....	112
5.4.1 Aspectos sociais e ambientais evidenciados no atendimento às pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais	113
5.4.2 A perspectiva multidisciplinar do trabalho com as pessoas em situação de acumulação	116
5.4.3 A Política Municipal de Atenção às Pessoas em Situação de Acumulação: elementos para reflexão.....	120
5.4.4 Contribuição do serviço social no trabalho intersetorial.....	124
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS.....	137
ANEXOS E APÊNDICES.....	145

INTRODUÇÃO

A presente tese trata da situação de acumulação de objetos e/ou animais na perspectiva da questão ambiental e urbana nos centros urbanos e a contribuição do serviço social nesse contexto, na política de saúde.

O interesse pela temática de estudo parte da experiência profissional como assistente social em uma Unidade de Vigilância em Saúde da Prefeitura de São Paulo, local em que atuamos de 2008 a 2022.

Desde a conclusão da graduação, em 2006, trabalhamos na Saúde Pública. Iniciamos como residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, financiado pelo Ministério da Saúde e gerenciado pela Faculdade Santa Marcelina, no município de São Paulo. A proposta da Residência, voltada à capacitação em serviço, permitiu o conhecimento aprofundado no Sistema Único de Saúde, além da atuação no programa Estratégia de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde, localizado na zona leste do município.

Como continuidade da trajetória na saúde, em novembro de 2008, ingressamos na Prefeitura de São Paulo, através de concurso público. Na ocasião, um número considerável de assistentes sociais ingressou na Prefeitura, sendo que a Secretaria Municipal de Saúde foi a primeira instância a nomear os candidatos que comporiam o seu quadro de funcionários.

Dentre as vagas disponíveis, estavam aquelas que tradicionalmente são locus de trabalho dos/as assistentes sociais, por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde e os hospitais. Também foi apresentada a possibilidade de inserção dos profissionais nas Unidades de Vigilância em Saúde. Essa possibilidade foi caracterizada por representantes da SMS, no momento de escolha de vagas, como espaços sócio-ocupacionais onde os/as assistentes sociais poderiam desenvolver práticas relacionadas à promoção e prevenção da saúde no território de abrangência da unidade.

As UVISs são unidades descentralizadas da Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA, localizadas nas seis regiões administrativas da cidade – Norte, Sul, Leste, Centro, Oeste e Sudeste. Ao todo são 28 Unidades cuja área

de intervenção se efetiva no âmbito da Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância Epidemiológica.

Após o processo de escolha de vagas, iniciamos a atuação na UVIS Centro, que compunha, até então, a única Unidade de Vigilância em Saúde da região Centro, considerando que, em setembro de 2021, esta UVIS foi desmembrada em duas Unidades: Sé e Santa Cecília. A demanda apresentada ao Serviço Social, nesse espaço sócio-ocupacional, refere-se à saúde e ao meio ambiente, efetivadas pela Vigilância Ambiental. O Serviço Social intervém junto à rede de atenção da região para intermediar o acesso ao atendimento social e de saúde pela população.

Diante do exposto, começamos a questionar a relação entre o Serviço Social e a saúde ambiental em face da questão urbana, na cidade de São Paulo. Tal questionamento apresentou-se como objeto de investigação da dissertação de mestrado, defendida em 2016, na PUC-SP, intitulada “Serviço Social e Saúde Ambiental: Desafios e Possibilidades de Atuação no Centro da Cidade de São Paulo”, sob orientação da profa. Dra. Raquel Raichelis Degenszajn.

A pesquisa apresentada na dissertação de mestrado partiu da necessidade de compreender a origem das demandas apresentadas à saúde ambiental, no âmbito da política pública de saúde, tendo como realidade concreta a intervenção da gestão municipal no centro da cidade de São Paulo. Para isso, foi fundamental analisar as condições de vida da classe trabalhadora nesse território, bem como as demandas sociais de quem vive e trabalha numa metrópole como São Paulo, e seus rebatimentos nas condições da saúde dessa população.

Desenvolvemos a análise da atuação profissional do/a assistente social na Vigilância Ambiental no contexto do trabalho multidisciplinar, considerando esse espaço sócio-ocupacional como novo para a profissão. Diante da realidade concreta, materializada pelo conhecimento das condições de vida, de habitação e do perfil populacional do centro de São Paulo, partindo da reflexão sobre a questão urbana, no âmbito de intervenção da saúde pública, foi possível identificar as possibilidades de intervenção na saúde ambiental, bem como a necessidade de ampliar os debates e discutir estratégias coletivas da categoria profissional na área.

Diante dos questionamentos e das apreensões elencadas na pesquisa, constatamos que se fazem necessárias novas aproximações a essa problemática a fim de que sejam desveladas as possibilidades que estão dadas na realidade, mas que não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais, conforme nos adverte Iamamoto (2006).

Como continuidade à pesquisa iniciada no mestrado, a presente tese propôs contextualizar a intervenção do/a assistente social na área da saúde junto às situações de acumulação de objetos e/ou animais, a partir da discussão do trabalho intersectorial realizado entre os espaços sócio-ocupacionais presentes no Sistema Único de Saúde, tendo como base de análise a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação, implantada na cidade de São Paulo, a partir do Decreto 57.570, em dezembro de 2016.

Para tanto, o problema/objeto de investigação aponta para a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a relação da situação de acumulação de objetos e/ou animais na sociedade capitalista com as dimensões social e ambiental, na particularidade da política de saúde, a partir de um estudo sobre a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação - PMAIPSA de São Paulo e a intervenção dos/das assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais na política de saúde que atendem a essas demandas: atenção básica, saúde mental e vigilância em saúde.

Portanto, o objetivo da tese foi identificar as determinações da relação entre pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais e as dimensões social e ambiental, a partir da intervenção dos/das assistentes sociais na saúde, considerando a análise da Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação da cidade de São Paulo.

A investigação enfatizou o aprofundamento teórico nas categorias questão ambiental, questão urbana, saúde e situação de acumulação de objetos e/ou animais, bem como o trabalho intersectorial e o desmonte do SUS decorrente da contrarreforma do Estado brasileiro na contemporaneidade.

O estudo relaciona-se com ambas as áreas de concentração “Serviço Social: Fundamentos e Prática Profissional” e “Política Social”, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-SP, pois compreendemos que o tema tem clara vinculação com as demandas postas à profissão na política de

saúde, e a análise da questão perpassou pelos fundamentos teóricos que embasam o Serviço Social.

Quanto às linhas de pesquisa, a que se vinculam o tema, são elas: “Política Social, Estado, Movimentos Sociais e Associativismo Civil” e “Serviço Social: Identidade, Formação e Prática”, entendendo que a compreensão sócio-histórica da prática profissional nos levará à construção das intervenções qualificadas e comprometidas com os princípios éticos da profissão.

No caminho desses estudos, buscamos desvelar as dimensões social e ambiental que perpassam na discussão sobre pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais, com vistas a problematizar as determinações estruturais do problema diretamente na realidade social.

Como método de análise, utilizamos a perspectiva de abordagem dos fenômenos a partir da totalidade em movimento, das múltiplas relações que o determinam, da historicidade e das contradições existentes na realidade e, portanto, nossa vinculação ao materialismo histórico-dialético como método de investigação e análise da realidade social.

De acordo com o método, o processo de análise e apreensão do objeto concreto é permeado por “duas determinações opostas e necessárias” (Lefebvre, 1974, p. 15), ou seja, por contradições. Em Marx, a realidade é contraditória e esta afirmação apresenta tanto a riqueza quanto a dificuldade do método dialético na apreensão dessa contradição na perspectiva da totalidade.

Destacamos o desafio de pensar conforme o método dialético, partindo do concreto em sua processualidade histórica e essência contraditória, situando-se em uma realidade que lhe dá sentido. De acordo com Kosik (1976), as categorias de análise não podem ser citadas e, posteriormente, abandonadas no percurso do processo de reprodução intelectual da realidade, no percurso do método de investigação, que busca apreender as mediações que explicam os fenômenos estudados. “A realidade sem contradições é vazia e inerte; as contradições fora da totalidade são formais e arbitrárias” (Kosik, 1976, p. 60), portanto devem ser compreendidas em sua unidade irreduzível.

Os procedimentos metodológicos para o desenvolvimento da pesquisa foram estruturados da seguinte forma:

1. A problematização teórico-metodológica do objeto de estudo, através de pesquisa bibliográfica e revisão de literatura das categorias e conceitos centrais que permeiam o nosso objeto;
2. Pesquisa e análise do banco de dados da Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação no contexto de contrarreforma da política de saúde no Brasil e os rebatimentos na cidade de São Paulo, sobretudo análise dos dados da região central;
3. Aproximação com a realidade objetiva das situações de acumulação de objetos, por meio da utilização de pesquisa empírica, de base qualitativa, realizada com os/as assistentes sociais que atendem a esta demanda na PMAIPSA, no território do Centro da cidade de São Paulo.

Os cinco capítulos da tese buscaram a apreensão do objeto de estudo em suas múltiplas dimensões. Para apreender as determinações da relação entre situação de acumulação de objetos e/ou animais e as dimensões social e ambiental, nossa investigação partiu do problema concreto para o teórico, portanto, no primeiro capítulo, apresentamos a “situação de acumulação de objetos e/ou animais” sob suas diversas representações na sociedade contemporânea, na esfera da saúde mental, no senso comum e a perspectiva de análise escolhida para delinear esta pesquisa.

Com vistas ao movimento dialético de apreensão da totalidade das relações de produção e reprodução sociais, em determinado contexto, o segundo capítulo traz a problematização teórico-metodológica do objeto de estudo, com pesquisa bibliográfica e revisão de literatura sobre a categoria questão ambiental com as contribuições de autores como Silva (2010), Foster (2005), Foladori (2001), contextualizando a crise socioambiental e sua relação com o consumo na sociedade capitalista contemporânea.

Como continuidade da revisão bibliográfica, sob o olhar da questão urbana, o terceiro capítulo aponta essa categoria utilizando as construções teóricas de Engels (2010), Bresciani (2008), Raichelis (2006), Kowarick (2000) e a aproxima da particularidade do território de pesquisa: a região central da cidade de São Paulo. A escolha da região ocorreu em função de ser nossa área de trabalho e pesquisa desde a dissertação de mestrado, além das características do território que expressam a realidade urbana e características socioambientais

da sociedade capitalista em suas diversas dimensões. O contexto de pesquisa, a área central da cidade de São Paulo, é formado por oito distritos administrativos: Bela Vista, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, Liberdade, República, Santa Cecília e Sé. De acordo com dados do Censo, realizado em 2010, houve um aumento populacional de 65.485 habitantes no centro histórico, com relação ao Censo 2000, alta distribuída em todos os distritos administrativos que compõem a região central, totalizando 461.033 habitantes, com acréscimo previsto para o Censo 2022¹.

No quarto capítulo, levantamos o arcabouço legal normativo, apresentando as legislações existentes no país que envolvem o atendimento às situações de acumulação, com aprofundamento na PMAIPSA da cidade de São Paulo, pioneira no território brasileiro. A primeira etapa da pesquisa de campo, também apresentada nesse capítulo, caracterizou as pessoas em situações de acumulação de objetos e/ou animais da cidade de São Paulo, destacando os dados sobre o território da Coordenadoria Regional de Saúde – CRS Centro, a partir de análise do banco de dados municipal, utilizado para registro das referidas situações, portanto fonte de dados secundários, de acordo com Minayo (2007)². Vale ressaltar que esse sistema foi implementado, em maio de 2021, e nele são registrados, pelas Supervisões Técnicas de Saúde em suas respectivas regiões, as situações de acumulação notificadas pelas Unidades Básicas de Saúde. Analisamos os dados referentes à faixa-etária, sexo/gênero e tipo de acúmulo.

O quinto e último capítulo apontou a segunda etapa da pesquisa empírica, com o objetivo de aproximação da realidade dos/as assistentes sociais que realizam atendimento a esta demanda na PMAIPSA; utilizamos duas técnicas para a produção primária dos dados que, conforme Minayo: “é quando o pesquisador produz o dado na interação direta com os sujeitos, através de entrevistas, observações, aplicações de questionários” (Minayo, 2007, p. 49). As

¹ Os dados parciais do Censo 2022 foram divulgados em abril de 2023, com atualização da população total dos municípios, ainda sem a divisão por território. A cidade de São Paulo passou de em 2010 11.253.503 para 11.451.245 habitantes em 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>. Acesso em: 05 jul. 2023.

² A utilização dessas informações foi solicitada através do Comitê de Ética da Coordenadoria Regional de Saúde Centro da Prefeitura Municipal de São Paulo.

técnicas utilizadas foram: aplicação de questionário e entrevista semiestruturada.

A Coordenadoria Regional de Saúde Centro é composta por oito Unidades Básicas de Saúde e um Centro de Saúde Escola, que realizam o trabalho de atenção básica à saúde e contam com um total aproximado de dezoito assistentes sociais, além de seis profissionais atuando no Programa Acompanhante de Idosos - PAI, ligado à atenção básica. Quanto aos equipamentos de atenção secundária de referência em saúde mental, para as situações de acumulação de objetos e/ou animais, a região central possui dois CAPS Adulto modalidade III que, ao todo têm cinco assistentes sociais. Já na área de vigilância em saúde, a CRS Centro tem duas Unidades de Vigilância em Saúde, com uma assistente social em cada Vigilância Ambiental.

O preenchimento do questionário foi sugerido para o universo de assistentes sociais que atuam na CRS Centro, nos setores citados acima, compreendendo que a participação dos sujeitos na pesquisa é voluntária. Aplicado no segundo semestre de 2023, contou com a participação de 17 assistentes sociais. Os dados foram coletados através de formulário do “GoogleForms”³.

Com o objetivo de apreender a dimensão quantitativa e alguns aspectos qualitativos sobre o fluxo de atendimento a esta demanda, obtivemos informações relevantes para a pesquisa, sobretudo quanto à intervenção do Serviço Social nos diversos espaços de atuação profissional. Além dos questionários, realizamos entrevistas semiestruturadas com quatro assistentes sociais, sendo dois da atenção básica à saúde e dois da vigilância em saúde. A proposta inicial apontava a realização de seis entrevistas, no entanto, o quantitativo previsto foi inviabilizado devido à impossibilidade de participação dos profissionais da atenção secundária à saúde.

Conforme sinaliza Minayo (2007): “a boa seleção dos sujeitos ou casos a serem incluídos no estudo é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões” (Minayo, 2007, p. 48) Portanto, a escolha dos sujeitos ocorreu a partir, primeiramente, de interesse dos

³ Apêndice 1

profissionais, seguida de análise do questionário quanto ao envolvimento com a temática bem como local de atuação profissional.

Partindo dessas premissas, as questões propostas foram:

- Considerando que as situações de acumulação de objetos e/ou animais envolvem vários setores e profissionais, quais os aspectos sociais e ambientais chamam mais atenção com relação a essa demanda?
- Quais características são evidenciadas no atendimento multiprofissional às pessoas em situação de acumulação no seu local de trabalho?
- A PMAIPSA, como executada atualmente, se atenta aos aspectos sociais e ambientais do território? De que maneira considera que as políticas públicas podem contribuir para dar respostas a essas demandas?
- No cotidiano profissional, é possível identificar aspectos do modo de vida da sociedade capitalista que impactam diretamente nas pessoas em situação de acumulação? De que forma compreende essa relação?
- Como identifica a contribuição do Serviço Social no atendimento às situações de acumulação no seu local de trabalho? E nos demais espaços sócio-ocupacionais?

O roteiro de entrevista semiestruturado permitiu o desenvolvimento de diálogo com os sujeitos da pesquisa e consequente apreensão do real por meio das falas dos assistentes sociais participantes. No decorrer da análise, para facilitar a exposição, utilizamos as referências de AS1, AS2, AS3 e AS4.

O projeto de pesquisa e os instrumentos de coleta de dados foram submetidos à Plataforma Brasil e aprovados pelo Comitê de Ética de Pesquisa da PUC-SP.

Para além desses procedimentos metodológicos, mantivemos diálogo permanente com outros pesquisadores da área de Serviço Social e da Saúde; participamos de congressos, seminários e eventos acadêmicos que tratam da temática pesquisada.

Entre outubro e dezembro de 2022, realizamos uma estadia de investigação como pesquisadora convidada no Centro de Administração e Políticas Públicas do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, da Universidade de Lisboa CAPP/ISCSP-ULisboa, em Portugal, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Irene de Carvalho. Com o estágio de investigação, foi

possível participar de diversas atividades tanto relacionadas às experiências de campo como na área acadêmica. A vivência permitiu a ampliação do olhar sobre o objeto de estudo.

Através das observações de campo, foi possível conhecer o fluxo de atendimento às situações de acumulação, realizado pela Câmara da Amadora, localizada na região metropolitana de Lisboa, bem como apreender as dimensões: social, saúde e ambiental, envolvidas nesse processo. Aliada às atividades de campo, a participação nos eventos científicos permitiu o acesso às discussões teórico-práticas em andamento no campo acadêmico, sobretudo quanto à temática do envelhecimento da população e seus impactos na sociedade e nas políticas sociais, bem como as estratégias utilizadas por diversos profissionais, setores e instituições para a intervenção comprometida com os valores ético-políticos da profissão, junto a essa problemática apresentada na contemporaneidade.

A vivência acadêmica de participação nas aulas, tanto do curso de licenciatura em Serviço Social, como do mestrado Erasmus Mundo do ISCSP, propiciou o contato com os alunos dos respectivos cursos e troca de experiências sobre a profissão. Com a atividade de ministrar aulas, também foi possível estreitar essa experiência, com a oportunidade de apresentar a realidade de intervenção profissional dos/as assistentes sociais na política de saúde no Brasil e compreender as semelhanças e diferenças entre os dois países, bem como as possibilidades do trabalho profissional diante das políticas sociais com vista à garantia de direitos sociais à população atendida.

Além disso, a participação na manifestação dos/as assistentes sociais permitiu compreender a dimensão política da profissão em Portugal e de que maneira tem ocorrido a articulação para a ampliação de direitos aos profissionais do Serviço Social. Finalizamos o estágio de aperfeiçoamento de pessoal/investigação com considerável saldo de conhecimento, compreendendo o contexto social e de saúde vivenciado na atualidade, em uma realidade diferente da brasileira, mas que se assemelha em diversos aspectos, considerando o modo de produção capitalista e sua dimensão global.

CAPÍTULO 1 - ORIGEM DA DISCUSSÃO: SÍNDROME DE DIÓGENES

A síndrome de Diógenes (SD) é apontada pela primeira vez, em 1975, e as características atribuídas pela psiquiatria envolvem o “descuido extremo com a higiene pessoal, negligência com o asseio da própria moradia, isolamento social, suspeição e comportamento paranoico, sendo frequente a ocorrência de colecionismo” (Stumpf; Rocha, 2010, p. 157). A SD independe de classe social ou gênero, sendo que a maioria se encontra na faixa etária acima de 60 anos e pelo menos a metade possui algum transtorno psiquiátrico.

O nome atribuído à síndrome é em homenagem ao filósofo grego Diógenes de Sínope (404 a 323 a.C.), que representava o Cinismo, corrente filosófica cuja crença é a de que a felicidade não depende de coisas externas ao indivíduo, portanto está relacionada ao desapego de bens materiais. Diógenes vivia em um barril. “Seus únicos bens eram uma túnica, um cajado e uma tigela, simbolizando desapego e autossuficiência perante o mundo” (Stumpf e Rocha 2010, pág. 157). Os autores apresentam crítica sobre o nome da Síndrome, tendo em vista que Diógenes de Sínope não acumulava objetos.

A origem dessa nomenclatura pode ser explicada pelos estudos filosóficos. Borges (2020) identifica que Diógenes de Sínope questionava o mundo material através de seus hábitos e atitudes como forma de causar impacto. Seus contemporâneos o chamavam de “Cão” em decorrência de seu estilo de vida, e por trás desse exibicionismo havia uma ideia clara de como transmitir seus princípios filosóficos. “Sabia que não era possível corrigir um mundo através de uma lógica, com argumentos formais, e optou por uma estética” (Borges, 2010, p. 220).

E é isto que denominamos de pedagogia do riso à predisposição e à intencionalidade de transmitir preceitos filosóficos e realizar exortações morais através de uma retórica performática cômica, que impacta seu interlocutor colocando, o seu mundo, de ponta-cabeça.

E isso não é nenhuma metáfora. Diógenes realmente queria reformular o mundo de seu interlocutor. E isso tem fundamento filosófico: o cinismo é uma escola famosa por se opor ao νόμος⁴, as convenções, preferindo a vida natural, κατά φύσιν⁵. (Borges, 2020, p. 220)

⁴ Lei.

⁵ Por natureza.

Como crítico dos valores impostos pela elite intelectual, política, econômica e militar da sociedade grega, Diógenes de Sínope defendia a razão atrelada à vida mais próxima da natureza humana autêntica. Compreende-se que a simbologia de Diógenes, para a filosofia grega, apresenta a crítica ao modo de vida que valoriza os objetos, as posses, portanto é pensada para denominar a Síndrome. É importante destacar que esta análise sobre Diógenes converge com os pressupostos da presente pesquisa, quanto ao modo de vida da sociedade contemporânea e seus impactos sociais e ambientais.

O primeiro estudo sobre situações de acúmulo de objetos foi divulgado na Inglaterra, em 1966, realizado por Macmillan e Shaw.

Os autores estudaram 72 indivíduos idosos que viviam em precárias condições de higiene. Desses, 53% (38/72) foram diagnosticados como psicóticos; 61% (23/38) eram portadores de psicose senil. De acordo com os autores, os pacientes com maior risco de apresentarem a síndrome são idosos independentes e dominadores, que moram sozinhos, com pouca ou nenhuma interação com a comunidade. Clark et al., em 1975, estudaram 30 pacientes ingleses internados por causa de doença aguda e autonegligência grave¹. Os autores constataram que os pacientes apresentavam inteligência normal ou acima da média. Em 50% dos casos, nenhum transtorno psiquiátrico foi identificado. (Stumpf; Rocha, 2010, p. 157)

As duas publicações científicas iniciais registradas sobre Síndrome de Diógenes apresentam a relação com psicopatias, no entanto é interessante observar que, no segundo estudo, a metade dos pacientes não apresentou transtorno psiquiátrico. Foi a partir da pesquisa de Clark et al. que o termo Síndrome de Diógenes passou a ser utilizado pela comunidade científica.

Anterior aos estudos publicados, a primeira situação de acumulação divulgada no mundo, ocorreu em 1947, na cidade de Nova Iorque, o caso dos irmãos Collyer. De acordo com o artigo divulgado pelo periódico norte-americano "*The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*", em 2010, Homer Collyer, de 64 anos e Langley de 61 anos foram encontrados mortos em casa. Após suas mortes, mais de 130 toneladas de materiais foram removidas. A residência estava tão lotada de materiais que o interior era um labirinto de túneis. Após o falecimento da mãe, em 1929, os irmãos viveram por 18 anos cercados de objetos como livros, pianos, móveis e objetos trazidos das ruas por

Langley. A história dos irmãos, anos depois, tornou-se tema de livro intitulado “Homens Fantasma”, escrito por Franz Lidz (Kenneth; Weiss, 2010, p. 251).

Percebe-se que as situações de acumulação obtiveram inicialmente maior atenção por parte dos meios de comunicação, através de uma cobertura da mídia sobre os casos, tendo a área científica evidenciado interesse no estudo alguns anos depois, sobretudo a partir da década de 1960.

Após as primeiras pesquisas, evidencia-se crescente interesse internacional, principalmente no campo da investigação clínica, com a publicação de artigos científicos sob perspectivas diversas (médica, psiquiátrica e sociológica), diretamente relacionados com a Síndrome de Diógenes, mas apresentados com terminologias distintas, dentre elas “acumuladores”, “acumulação compulsiva”, “transtorno de acumulação” e “*hoarding disorder*”. A literatura científica tem apresentado descrições e conceitos variados sobre a temática.

No entanto, pode-se destacar semelhanças nas características: presença de descuido severo com o autocuidado, o abandono do cuidado ambiental (condições de desorganização, degradação e ambientes insalubres); isolamento social; ausência de crítica sobre a situação. Como consequência dessas características, apresenta-se a recusa de ajuda e resistência em realizar qualquer tipo de mudança, seja no autocuidado ou no ambiente.

Em pesquisa sistemática sobre o termo Síndrome de Diógenes, Almeida (2012) apresenta revisão da literatura, de 1960 a 2010, e identifica que alguns autores consideram o termo como um equívoco, assim como sinalizado por Stumpf e Rocha (2010), considerando a relação entre o termo e Diógenes de Sínope. As considerações estão relacionadas com fatores como: a inexistência de provas de que os indivíduos com diagnóstico de SD tenham escolhido viver assim de forma livre, o não cumprimento de critérios percebidos como centrais quando se analisa a vida do filósofo e a denominação de não reconhecer a extensão do problema e o elevado grau de heterogeneidade encontrado nas situações de acúmulo. Aos pesquisadores que adotam o termo, compreendem que a denominação é flexível para dar “voz” a uma variedade de distúrbios sociais, físicos e psiquiátricos que se combinam, por se tratar de um termo de forte impacto, permitindo dar visibilidade à questão, tendo como semelhança principal com o filósofo a rejeição dos costumes sociais.

A partir da análise de 109 documentos, dentre eles 52 estudos de caso clínico, Almeida (2012) identificou fatores importantes sobre a Síndrome de Diógenes, conforme descritos: presença de sujeitos entre 22 e 92 anos, sendo a média de idade 69 anos; dois terços dos casos são de mulheres; quanto ao estado civil, 69% solteiros ou viúvos; 84% idosos; omissão nos relatos quanto ao tipo de habitação, referida em 23 relatos e estes apontam a vida em meio urbano, em apartamentos; condições insalubres de moradia, com sujidades; presença de animais em 20% dos relatos, além da presença de insetos e/ou roedores; 63% frequentaram formação profissional ou curso superior; quanto à situação socioeconômica, apenas 16 relatos apresentam essa informação e destes 13 declaram a presença de recursos suficientes para a subsistência. O estudo aponta ainda a presença de três características que aparecem em praticamente todos os casos: isolamento social, autonegligência física e autonegligência habitacional (Almeida, 2012, p. 91).

O estudo destaca que a Síndrome de Diógenes não constava, até o momento, nos principais sistemas de classificação, o DSM-IV-TR (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais) e a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde). A ausência nos sistemas de classificação não é sinônimo do não reconhecimento no meio científico e do seu forte impacto social, mas necessita de evidências científicas fundamentadas que ajudem a enquadrar e a definir melhor esta condição (Almeida, 2012).

1.1 O status de “Transtorno de Acumulação” no DSM-5

Com a inclusão do Transtorno de Acumulação (TA) no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), em 2013, elaborado pela “American Psychiatric Association”, a psicopatologia, até então apresentada como variação diagnóstica de outros transtornos mentais e conhecida principalmente como Síndrome de Diógenes, ganha status e características específicas.

Apresentado no capítulo dos Transtornos Obsessivos Compulsivos (TOC) e Transtornos Relacionados (TR), o Transtorno de Acumulação é descrito

considerando as diferenças nos critérios diagnósticos e abordagens terapêuticas. De acordo com o DSM-5 (2013):

O transtorno de acumulação é caracterizado pela dificuldade persistente de descartar ou se desfazer de pertences, independentemente de seu valor real, em consequência de uma forte percepção da necessidade de conservá-los e do sofrimento associado ao seu descarte. O transtorno de acumulação se diferencia do colecionar normal. Por exemplo, os sintomas do transtorno de acumulação resultam na acumulação de inúmeros pertences que congestionam e obstruem áreas em uso até o ponto em que o uso pretendido é substancialmente comprometido. A forma de aquisição excessiva do transtorno de acumulação, que caracteriza a maioria, mas não todos os indivíduos com o transtorno, consiste no acúmulo excessivo, compra ou roubo de itens que não são necessários ou para os quais não há espaço disponível. (American Psychiatric Association, 2013, p. 236).

Desde a inclusão no DSM-5, as pesquisas relacionadas à temática passaram a incorporar o termo, no entanto ainda existem estudos que utilizam Síndrome de Diógenes, acumuladores, transtorno de acumulação compulsiva, dentre outros termos correlatos.

Conforme o Manual (2013), os sintomas do TA focam na dificuldade persistente de descartar ou dispor dos pertences e o sofrimento acentuado associado ao descarte de itens e na acumulação excessiva de objetos. Quanto aos critérios de diagnósticos definidos, destacam-se:

- A. Dificuldade persistente de descartar ou de se desfazer de pertences, independentemente do seu valor real.
- B. Essa dificuldade se deve a uma necessidade percebida de guardar os itens e ao sofrimento associado a descartá-los.
- C. A dificuldade de descartar os pertences resulta na acumulação de itens que congestionam e obstruem as áreas em uso e compromete substancialmente o uso pretendido. Se as áreas de estar não estão obstruídas, é somente devido a intervenções de outras pessoas (p. ex., membros da família, funcionários de limpeza, autoridades).
- D. A acumulação causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (incluindo a manutenção de um ambiente seguro para si e para os outros).
- E. A acumulação não é devida a outra condição médica (p. ex., lesão cerebral, doença cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi).
- F. A acumulação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, energia reduzida no transtorno depressivo maior, delírios na esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, déficits cognitivos no

transtorno neuro-cognitivo maior, interesses restritos no transtorno do espectro autista) (American Psychiatric Association, 2013, p. 247)

De acordo com os critérios apresentados, os pacientes com TA tendem a guardar e armazenar itens aleatórios, acreditando que esses objetos poderão ter utilidade futuramente e apresentar algum valor financeiro ou afetivo, sentindo-se mais seguros ao guardá-los. Segundo Schmidt et al. (2014), o comportamento de acumular objetos encontra-se presente na população, variando entre aspectos normais e patológicos. Como decorrência da gravidade do comportamento, as pessoas que acumulam envolvem-se em processos judiciais, o que constitui uma fonte de sofrimento e, muitas vezes, de incapacidade. Já Gargiulo et al. (2017) assinalam que os casos são referenciados aos serviços de saúde pública, muitas vezes, anos após a identificação.

As consequências funcionais do TA são o prejuízo das atividades básicas, como transitar e limpar a casa, fazer a higiene pessoal, além dos inúmeros riscos à saúde, por condições sanitárias deficientes e o prejuízo social por apresentar risco à saúde da própria pessoa em situação de acúmulo, familiares e vizinhos.

Pesquisadores apontam (Gargiulo et al., 2017; Schmidt et. al. 2014) o fato de o TA ainda ser pouco explorado e de difícil diagnóstico, sobretudo pelo desconhecimento da patologia pelos profissionais e pela população em geral, por isso muitos dos casos são identificados na fase aguda, com urgência de ações das áreas de saúde e ambientais.

Quanto às características clínicas e epidemiológicas, Schimidt et al. (2014) elencam três classificações para o TA, quais são: “acumuladores compulsivos”, “acumuladores de animais” e “acumulador colecionador”. Os acumuladores compulsivos possuem comportamento repetitivo quanto à obtenção de objetos desnecessários em uma tentativa de preservar o seu valor afetivo, com medo de perderem ou desfazerem-se deles devido à conexão emocional relacionada. Os objetos são adquiridos através de compra compulsiva, aquisição nas ruas, fruto de recolhimento ou roubo. Os acumuladores de animais, movidos por sentimentos de dó e compaixão para com animais em situação de abandono ou maus-tratos, muitas vezes não conseguem manter os cuidados básicos dos animais devido à quantidade. Já o acumulador colecionador, segundo os autores, coleciona em caráter compulsivo,

mas conseguem manter um nível de organização relacionado ao ambiente onde vivem e possuem objetos específicos.

Por que apresentar a Síndrome de Diógenes e o Transtorno de Acumulação como ponto de partida deste trabalho? Porque nos revela o problema de pesquisa que dá origem a esta tese: a maneira como as situações de acumulação de objetos é tratada no contexto da sociedade capitalista, descolada de suas dimensões social e ambiental, com vistas à individualização e patologização⁶.

1.2 Aparência do problema: situação de acumulação de objetos e o senso comum

Em diferentes formas, os estudos sociológicos de Karl Marx, Emile Durkheim e Max Weber buscaram pensar a realidade social, a partir dos seus métodos: a dialética, o positivismo, e o idealismo, respectivamente, e o interesse convergente em estabelecer o embate contra o senso comum. Apesar da preocupação em ir para além do senso comum ser o ponto de partida para toda e qualquer reflexão sobre a sociedade, uma vez que ela não se apresenta aos nossos olhos de imediato em sua estrutura real, mas tão somente na forma de seus elementos mais gerais, esses esforços têm sido, de forma sistemática, abandonados ou negligenciados por outros referenciais sociológicos que retêm o senso comum não como ponto de partida, mas como, fundamentalmente, o ponto de chegada (Santos, 2021, p. 96).

Afirmar que os problemas se manifestam na vida cotidiana de maneira bastante grosseira equivale, aqui, a afirmar que o ser social em seu contato com a realidade a percebe apenas em suas determinações mais gerais no plano da vida cotidiana. Portanto, faz-se necessário ir além dessas determinações gerais

⁶ O conceito de patologização remete a um processo semelhante ao da medicalização, focando na atribuição de status de doença a problemas da vida cotidiana. Calçado no binômio saúde-doença, termina por escamotear a influência de aspectos históricos, sociais, econômicos e políticos sobre o desenvolvimento humano, além de individualizar questões que se constroem na relação das pessoas entre si (Moysés & Collares, 2013a). Representa, assim, a biologização de conflitos sociais, naturalizando os fenômenos socialmente constituídos e retirando da análise da existência humana a historicidade, a cultura e as desigualdades sociais, característicos da vida em sociedade (Chagas et al., 2017, p. 2).

e descobrir o que se esconde por debaixo delas, conforme orienta a análise marxiana:

Quando estudamos um dado país do ponto de vista da Economia Política, começamos por sua população, sua divisão em classes, sua repartição entre cidades e campo, na orla marítima; os diferentes ramos da produção, a exportação e a importação, a produção e o consumo anuais, os preços das mercadorias, etc. Parece que o correto é começar pelo real e pelo concreto, que são a pressuposição prévia e efetiva; assim, em Economia, por exemplo, começar-se-ia pela população, que é a base e o sujeito do ato social de produção como um todo. No entanto, graças a uma observação mais atenta, tomamos conhecimento de que isso é falso. A população é uma abstração, se desprezarmos, por exemplo, as classes que a compõem. Por seu lado, essas classes são uma palavra vazia de sentido se ignorarmos os elementos em que repousam, por exemplo, o trabalho assalariado, o capital, etc. Estes supõem a troca, a divisão do trabalho, os preços, etc. O capital, por exemplo, sem o trabalho assalariado, sem o valor, sem o dinheiro, sem o preço, etc., não é nada. Assim, se começássemos pela população, teríamos uma representação caótica do todo, e através de uma determinação mais precisa, através de uma análise, chegaríamos a conceitos cada vez mais simples; do concreto idealizado passaríamos a abstrações cada vez mais tênues até atingirmos determinações as mais simples. Chegados a esse ponto, teríamos de voltar a fazer a viagem de modo inverso, até dar de novo com a população, mas desta vez não como uma representação caótica de um todo, porém com uma rica totalidade de determinações e relações diversas. O primeiro constitui o caminho que foi historicamente seguido pela nascente economia. [...] O último método é manifestamente o método cientificamente exato. O concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso” (Marx, 2010, p. 39).

Compreender a realidade pressupõe considerar as múltiplas determinações que recaem sobre o objeto, portanto encontrar os diversos graus e as diversas conexões no seu interior por vezes ancoradas nas formas de senso comum que perpassam a vida cotidiana.

Gramsci foi um dos marxistas pioneiros na discussão sobre o senso comum como forma de pensar o básico da vida cotidiana, sobretudo em sua obra “Cadernos do Cárcere”. A mais famosa frase de Gramsci, repetida em vários estudos sobre o autor, ou seja, a afirmação de que “todos são filósofos, ainda que a seu modo, inconscientemente” (Gramsci, 2001, p. 93) já coloca um convite a refletir sobre o que é este pensar consciente e inconsciente sobre a realidade. Realizar a transição entre o senso comum à análise crítica, ou seja, da forma imediata de pensamento àquela mais elaborada de apreensão e reflexão sobre as coisas do mundo e, em particular, do mundo social, é um caminho repleto de obstáculos que se colocam em razão da própria forma como a realidade se

apresenta no plano da consciência dos indivíduos, sejam estes considerados isoladamente ou coletivamente.

De acordo com Gramsci (2001), o real que é apreendido pelo pensamento no campo da imediatidade se apresenta apenas em sua manifestação fenomênica e, enquanto tal, “de uma maneira desagregada e ocasional” (Gramsci, 2001, p. 93). E esse é um traço fundamental do senso comum, que precisa ser superado caso se busque a transformação efetiva de todos os homens.

Em sua análise sobre o mundo do trabalho, Gramsci nomeia de “classes subalternas”, na medida em que essas classes participam [...] de uma concepção do mundo “imposta” mecanicamente pelo ambiente exterior, ou seja, por um dos muitos grupos sociais nos quais todos estão automaticamente envolvidos desde sua entrada no mundo consciente (e que pode ser a própria aldeia ou a província, pode se originar na paróquia e na “atividade intelectual” do vigário ou do velho patriarca, cuja “sabedoria” dita leis, na mulher que herdou a sabedoria das bruxas ou no pequeno intelectual avinagrado pela própria estupidez e pela impotência para a ação) (Gramsci, 2001, p. 93).

O rompimento com a subalternidade, alimentada pela internalização de mecanismos sociais que a confinam a reproduzir-se enquanto “senso comum” implica, por sua vez, em caminhar no sentido de construção de uma forma de pensar coletivo capaz de:

[...] elaborar a própria concepção do mundo de uma maneira consciente e crítica e, portanto, em ligação com este trabalho do próprio cérebro, escolher a própria esfera de atividade, participar ativamente na produção da história do mundo, ser o guia de si mesmo e não mais aceitar do exterior, passiva e servilmente, a marca da própria personalidade (Gramsci, 2001, p. 94).

Compreende-se que é da própria realidade vivida que o senso comum extrai os seus principais elementos de elaboração das respostas a serem dadas à existência imediata e de médio e longo prazo. A problemática sobre a investigação sociológica encontra-se nas análises que apontam o senso comum como ponto de chegada e não como ponto de partida da reflexão. “Elegem a “modernidade”, como ponto de partida para pensarem o “homem da rua”. Porém,

a pretexto de estabelecerem reflexões profundas sobre a “modernidade”, nada mais fazem do que patinar em sua superfície fenomênica” (Santos, 2021, p. 103).

Para as apreensões a serem expostas a seguir, sobre as situações de acumulação de objetos colocadas na realidade social, o desafio que se coloca é como utilizar o campo da razão científica para retirar os obstáculos que se interpõem entre a compreensão do mundo em sua efetividade e a apreensão do real em sua generalidade, no âmbito de uma sociologia que não se perca no fenomênico, mas o utilize como ponto de partida.

As situações de acumulação de objetos, desde o primeiro caso, divulgado pela mídia em 1945, conforme citado anteriormente, permanecem nos veículos de comunicação, seja através de programas de televisão, documentários, reportagens ou perfis em redes sociais. Um dos programas pioneiros na abordagem da temática foi o “Acumuladores Compulsivos”⁷, lançado nos Estados Unidos, em 2009 - pelo canal A&E e, posteriormente, exibido por Home & Health. No Brasil, as transmissões iniciaram a partir de 2011.

Pelo canal GNT, outros dois programas, veiculados entre 2011 e 2020, abordavam questões relacionadas à desorganização da casa e desapego de pertences. O primeiro, denominado “Santa Ajuda”, tinha o objetivo de organizar determinado cômodo da casa. A seleção dos casos era a partir do envio da situação à produção do programa, por parte de algum amigo ou familiar do morador e a ação era efetivada pela apresentadora na residência do caso selecionado. O segundo, lançado em 2016, nomeado “Desengaveta”, contava com a participação de figuras públicas e o objetivo era o desapego de itens do guarda-roupas. O programa demonstrava a dificuldade e a angústia no decorrer da retirada de alguns pertences. Outra atração veiculada desde 2022 até a conclusão da presente tese, protagonizada pela apresentadora Sabrina Sato, também no canal GNT, é o “Desapegue se for capaz”⁸, nele as famílias participantes são desafiadas a se desfazer de 30% dos objetos que têm na residência e em troca recebem uma reforma do ambiente.

Além dos programas, alguns documentários foram produzidos pela

⁷ Disponível em: <http://thefutoncritic.com/news/2009/08/11/a-and-e-premieres-new-original-nonfiction-series-hoarders-32342/20090811aande01/>. Acesso em: 01 jul. 2023.

⁸ Disponível em: <https://globoplay.globo.com/desapegue-se-for-capaz/t/by2RMYkYKv/>. Acesso em: 23 jul. 2023.

imprensa brasileira na última década. Por meio de busca na mídia eletrônica, foi possível identificar diversas reportagens veiculadas no período. O Programa “Reporter Record – investigação⁹” exibe desde 2016, dentre outras reportagens, situações de acumulação, somente em 2023, até junho foram identificadas oito apresentações sobre o tema. O Programa “Profissão Repórter”¹⁰ abordou a questão em agosto de 2016 e o Fantástico¹¹ exibiu reportagem em abril de 2023, ambos na Rede Globo. Em junho de 2022, foi lançado um podcast pela *Folha de São Paulo*, com grande repercussão nacional, intitulado “A Mulher da Casa Abandonada”¹², de autoria do jornalista Chico Felitti, a história envolve uma mulher que vive em situação de acumulação em uma mansão localizada no bairro de Higienópolis, na capital paulistana.

Considerando as manifestações das situações de acumulação de objetos, apresentadas pelas redes sociais e midiáticas, identifica-se a convergência de abordagem da temática com vistas à culpabilização dos sujeitos, patologização da situação e atenção voltada para o acúmulo de objetos bem como a necessidade de descarte como solução do problema apresentado. A abordagem de possível transtorno e compulsividade, ao adquirir objetos, é apontada, descolada da perspectiva da totalidade e de discussão mais ampla sobre a relação do acúmulo com o modo de vida contemporâneo da sociedade que vive do capital ou sobre os impactos ambientais e sociais decorrentes do aumento dessas situações.

O presente capítulo buscou apresentar a discussão sobre a situação de acumulação de objetos por meio dos diversos entendimentos, nomenclaturas e interpretações que envolvem a categoria analisada, desde a perspectiva clínica, com vistas ao transtorno, até a manifestação no senso comum pelos meios de comunicação. A escolha de análise desta tese parte do objetivo de desvelar as mediações na relação das situações de acúmulo com as dimensões social e ambiental na sociedade capitalista de produção.

⁹ Disponível em: <https://www.youtube.com/@ReporterRecordInvestigacao/videos>. Acesso em: 23 jul. 2023.

¹⁰ Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/5271279/>. Exibido em: 31/08/2016. Acesso em: 23 jul. 2023.

¹¹ Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/11559350/>. Exibido em: 23/04/2023. Acesso em: 23 jul. 2023.

¹² Disponível em: <https://open.spotify.com/show/0xyzsMcSzudBlen2Ki2dqV>. Acesso em: 23 jul. 2023.

O conceito sobre situação de acumulação de objetos, trabalhado nesta tese, parte da definição presente no Decreto Municipal 57.570/2016, publicado na cidade de São Paulo, que institui a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação.

Art. 2º Para os fins deste decreto, considera-se como situação de acumulação o acúmulo excessivo de objetos, resíduos ou animais, associado à dificuldade de organização e manutenção da higiene e salubridade do ambiente, com potencial risco à saúde individual e coletiva, a qual pode estar relacionada a um transtorno mental ou outras causas (São Paulo, 2016).

A pesquisa busca analisar as situações de acumulação de objetos na perspectiva da totalidade, como expressão da questão ambiental, que envolve a esfera de produção, consumo e descarte de mercadorias de forma exacerbada, aliada a uma sociabilidade que valoriza esse fluxo de degradação da natureza e da vida humana.

CAPÍTULO 2: QUESTÃO AMBIENTAL: A LÓGICA DO LUCRO E A AUTODESTRUTIVIDADE DO CAPITAL

A dinâmica estabelecida pelo sistema produtivo, a partir da Revolução Industrial, modificou a relação entre o homem e a natureza, rompendo com o suposto equilíbrio nessa relação existente nas sociedades que precederam o capitalismo. A forma predatória de extração dos recursos naturais vem trazendo sérias consequências para a humanidade, a ponto de colocar em risco sua própria sobrevivência.

A fim de desvelar o objeto de estudo, acerca da relação entre as situações de acumulação compulsiva de objetos e/ou animais com a sociabilidade na sociedade capitalista, inicialmente, se faz necessária a apreensão da categoria questão ambiental e seus desdobramentos na contemporaneidade.

2.1 Questão ambiental: fundamentos sócio-históricos

Com a apropriação da categoria questão ambiental, na perspectiva marxista, busca-se compreender a interação entre o homem e a natureza, estabelecida na sociedade do capital. Para tanto, ainda que as questões relativas ao mundo natural não constituíssem, de forma explícita, o objeto de Marx, as reflexões apontadas pelo autor contribuíram decisivamente para o progresso do debate sobre a relação entre produção material e natureza, ao interpretar a produção capitalista através das suas contradições sociais.

A fim de direcionar a discussão sobre a questão ambiental, partimos da importante contribuição para o Serviço Social, de Maria das Graças e Silva em seu livro *“Questão Ambiental e Desenvolvimento Sustentável: um desafio ético-político ao Serviço Social”*, publicado em 2010. Nele, Silva refere-se à questão ambiental como o “conjunto das manifestações da destrutividade da natureza - cujas raízes encontram-se no desenvolvimento das relações de propriedade - e seus desdobramentos sociopolíticos” (Silva, 2010, p. 82). Portanto, expressão das relações sociais do modo de produção capitalista, com base na exploração do trabalho humano e da natureza.

A autora parte da análise das categorias marxianas: modo de produção,

forças produtivas e relações sociais de produção para a apreensão da questão ambiental como resultado das contradições que envolvem essas categorias na sociedade capitalista (Silva, 2010). Essa interpretação da questão ambiental lança um questionamento sobre a forma de apropriação, exploração e distribuição das riquezas, não apenas naturais, mas também daquelas socialmente produzidas.

Neste sentido, apresentam-se, a seguir, os fundamentos teóricos que balizam a compreensão da relação homem/natureza na sociedade capitalista.

Na análise de Marx, os seres humanos e a natureza se encontram numa relação de reciprocidade, como descrito pelo autor, já em sua juventude, nos “*Manuscritos Econômico-Filosóficos*”, de 1844:

O homem vive da natureza significa: a natureza é o seu corpo, com o qual ele tem de ficar num processo contínuo para não morrer. Que a vida física e mental do homem está interconectada com a natureza não tem outro sentido senão que a natureza está interconectada consigo mesma, pois o homem é uma parte da natureza (Marx, 2010, p. 84).

Nos *Grundrisse* (1858) Marx aprofundou essa análise, em que as trocas materiais, dinâmicas, entre os seres humanos e a natureza são decorrentes do trabalho humano e abrangem tanto as condições impostas pela natureza como a capacidade do ser humano de afetar esse processo. Sinalizou que a atividade do trabalho não era jamais independente do potencial de criação de riqueza da própria natureza: “o mundo dos valores de uso, consiste exclusivamente em materiais naturais modificados pelo trabalho” (Foster, 2005, p. 223).

A forma como o homem se relaciona com a natureza é fruto das relações sociais que se dão de acordo com determinado contexto social, histórico e econômico. Marx (2011) apresenta em “*O Capital*”, discussões sobre o metabolismo social e falha metabólica, conceitos importantes para a apropriação e análise da questão ambiental. De acordo com a teoria marxiana, o metabolismo social ocorre quando o homem, ao transformar a natureza externa, por meio do processo de trabalho, transforma a si mesmo:

Antes de tudo, 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 seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como com 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, 2011, p. 211)

O processo de trabalho é inerente à existência humana e sua relação com a natureza. O homem, para satisfazer suas necessidades, relaciona-se com a natureza em uma perspectiva transformadora, independente do modo de produção. No entanto, no modo de produção capitalista, percebe-se o que Marx (2011) refere como ruptura da relação metabólica, quando a troca de elementos entre o homem e a natureza passa a ser mediada pela produção de mercadorias.

Com a predominância cada vez maior da população urbana que se amontoa nos grandes centros, a produção capitalista, de um lado, concentra a força motriz histórica da sociedade, e, do outro, perturba o intercâmbio material entre o homem e a terra, isto é, a volta à terra dos elementos do solo consumidos pelo ser humano sob a forma de alimentos e vestuário, violando assim a eterna condição natural da fertilidade permanente do solo. Com isso, destrói a saúde física do trabalhador urbano e a vida mental do trabalhador do campo (Marx, 2011, p. 570)

Foster (2005), a partir da análise da teoria marxiana, afirma que é justamente na mudança de relação entre homem e natureza, apresentada no processo de trabalho na produção de mercadorias, que se objetiva um valor de troca, valor excedente e na alienação imposta pela sociedade capitalista ao intercâmbio, ou nos termos de Marx, ao metabolismo entre homem e natureza, que se estrutura a chamada falha metabólica, precursora da atual crise socioambiental. Essa mudança permitiu a Marx desenvolver uma crítica antecipada da degradação ambiental pela agricultura capitalista, que fez emergir novas relações entre os seres humanos e a natureza, para obter lucro e consequente exaustão dos trabalhadores e dos recursos naturais.

Marx, refere-se à ruptura da “relação metabólica” na qual o homem se apropria dos elementos naturais e, após seu consumo, os devolve à natureza. À medida que essa troca de elementos entre sociedades humanas e o meio natural passa a ser mediada pela produção de mercadorias, manifesta-se um dos traços mais destrutivos da sociedade do capital. A estreita unidade entre degradação ambiental e a alienação do trabalho evidencia-se posto que ambas deitam raízes no modo de produção burguês e suas leis imanentes. (Silva, 2010, p. 58).

Dialogando com os autores, Silva (2010) enfatiza a proximidade entre as relações de degradação ambiental e a alienação do trabalho. O conceito de metabolismo social foi utilizado por Marx também “para descrever o conjunto complexo, dinâmico e interdependente, das necessidades e relações geradas e reproduzidas de forma alienada no capitalismo” (Foster, 2005, p. 222).

Vale ressaltar que a crítica à ruptura no metabolismo social e a instituição da agricultura capitalista, em decorrência da divisão campo-cidade, indicam que as reflexões marxianas, de modo algum, desconsideram a centralidade da natureza, ao contrário, apreendem ser o homem parte dessa natureza e são fundamentais conjuntamente para a compreensão da insustentabilidade operada pelo modo de produção capitalista.

Salienta-se essa questão dada a presença, no discurso ecológico contemporâneo, de polêmica sobre o posicionamento da teoria marxiana na relação homem e natureza, na qual apresentam “sucessivas tentativas de atribuir a este autor um viés produtivista ou de sucumbência aos encantos do progresso técnico revelam (assim) um desconhecimento da sua obra, ou uma leitura desvirtuada da mesma” (Silva, p. 2010, p. 56).

Ainda sobre a polêmica, considera-se pertinente a contribuição de Löwy (2005), em relação ao tratamento dado por Marx ao meio ambiente.

Não resta dúvida de que falta a Marx e Engels uma perspectiva ecológica de conjunto. Por outro lado, é impossível pensar em uma ecologia crítica à altura dos desafios contemporâneos sem ter em conta a crítica marxiana da economia política, o questionamento da lógica destrutiva induzida pela acumulação ilimitada de capital. Uma ecologia que ignora ou negligencia o marxismo e sua crítica do fetichismo da mercadoria está condenada a não ser mais do que uma correção dos ‘excessos’ do produtivismo capitalista (Löwy, 2005, p. 37-38).

Como continuidade da análise sobre a relação entre homem e natureza no capital, nesse modo de produção, o trabalhador é expropriado do resultado de seu trabalho, conforme Foladori (2001) analisa:

A despeito de em todas as formas de organização econômico-social pré-capitalista ter existido uma união – ainda que relativa e variável – entre o trabalhador e seus meios de vida, ou seja, o trabalhador e sua natureza externa, a organização capitalista separa de forma absoluta o trabalhador de seus meios de vida. O trabalhador assalariado cumpre com todos os requisitos de ruptura do metabolismo com a natureza:

está separado da terra como condição natural de produção; está separado dos instrumentos como intermediários de seu corpo em relação à natureza externa; está separado de um “fundo de consumo” prévio ao trabalho – depende de vender sua força de trabalho para comer – ; e está separado do próprio processo de produção como atividade transformadora – à diferença, por exemplo, do servo feudal. É livre, mas essa liberdade deve ser entendida como isolamento, alienação com respeito à natureza externa; é livre porque foram esgarçados os laços do metabolismo com o meio ambiente. É livre no sentido de isolado (Foladori, 2001, p. 108).

Para tanto, com a separação do trabalhador dos seus meios de vida, ocorre o processo de ruptura do seu metabolismo com a natureza. O próprio trabalho transforma-se em mercadoria, base da exploração do capital. Conforme sinalizado por Marx, na discussão sobre o processo de trabalho, “na realidade, o vendedor da força de trabalho, como o de qualquer outra mercadoria, realiza seu valor de troca e aliena seu valor de uso. Não pode receber um sem transferir o outro” (Marx, 2011, p. 227).

Comparado à sociedade feudal, como exemplo, sobre o domínio da terra, o trabalho era realizado com o objetivo de assegurar a subsistência do trabalhador, sua família e comunidade, e o excedente produzido era destinado à troca. Segundo Silva (2010), nas formas sociais baseadas na agricultura prevalecia o valor de uso, “sendo a produção dos indivíduos e de sua comunidade o fim último da produção” (Silva, 2010, p. 49).

O homem se separa da natureza no momento em que não reconhece mais a transformação que ele mesmo realizou, não se reconhecendo no que produziu e, com isso, perde a consciência de todo o processo de trabalho, a chamada falha metabólica, apresentada por Marx, que vem contribuindo para o debate ambiental na sociedade capitalista, através do entendimento dessa ruptura.

Foster (2005) resgata a discussão, ao se referir à relação entre campo e cidade, considerada como antagônica.

A grande propriedade fundiária reduz a população agrícola a um mínimo sempre declinante e a confronto com uma sempre crescente população industrial amontoada nas grandes cidades; deste modo, ela produz condições que provocam uma falha irreparável no processo interdependente do metabolismo social, um metabolismo prescrito pelas leis naturais da própria vida. Isto resulta num esbulho da viabilidade do solo, que o comércio transporta muitíssimo além das fronteiras de um único país (Liebig) [...] A indústria de larga escala e a agricultura de larga escala feita industrialmente têm o mesmo efeito. Se originalmente elas se distinguem pelo fato de que a primeira deixa

resíduos e arruína o poder do trabalho e, portanto, o poder natural do homem, ao passo que a última faz o mesmo com o poder natural do solo, elas se unem mais adiante no seu desenvolvimento, já que o sistema industrial aplicado à agricultura também debilita ali os trabalhadores, ao passo que, por seu lado, a indústria e o comércio oferecem à agricultura os meios para exaurir o solo (Marx *apud* Foster, 2005, p. 219).

Como continuidade das reflexões acerca da falha metabólica, Marx enfatiza que o sistema industrial e agrícola em larga escala arruína tanto o poder do trabalho como o poder natural do solo, através da sua exploração. O desenvolvimento da agricultura capitalista acaba por subtrair do trabalhador e da natureza, na direção da destruição das fontes mais duradouras. O capital “só desenvolve a técnica e o grau de combinação do processo social da produção solapando simultaneamente as fontes originais de toda riqueza – o solo e o trabalhador” (Marx *apud* Foster, 2005, p. 219).

Por meio da relação entre homem e natureza e da falha metabólica proveniente dessa relação, fruto das relações sociais da sociedade capitalista, é que a contribuição de Marx se torna fundamental para compreender, na perspectiva da totalidade, o processo de degradação socioambiental contemporâneo. Degradação proveniente de relações sociais que se estruturam não nas necessidades humanas e sociais, mas nas de reprodução do capital, em que prevalecem objetivos econômicos pautados ao longo dos anos, na ideia de que a natureza é uma fonte inesgotável de recursos a serem explorados pelo homem, crença apontada por Marx, em sua época, como insustentável ao desenvolvimento e manutenção das gerações futuras (Foster, 2005).

Nessa perspectiva, a relação entre o homem e a natureza sob a égide do capital:

Assume novas determinações a partir das contradições de classe inerentes ao modo de produção capitalista. Entender o processo e os elementos constitutivos do capital e o desenvolvimento das relações sociais propriamente capitalistas é central para o entendimento da desigualdade entre classes sociais expressa nos seus aspectos econômicos, políticos e culturais e, particularmente, na desigualdade das classes no acesso, domínio e uso dos recursos naturais, fator constitutivo do que entendemos por questão ambiental. (Grossi, 2009, p.37)

No capitalismo, o trabalho, que constitui o elemento central da sociabilidade humana, torna-se estranhado, voltado para garantir riqueza a uma classe específica detentora dos meios de produção. A propriedade privada e a alienação do trabalho conduziram ao domínio gradual e gratuito dos recursos naturais pela burguesia.

Silva (2010), a respeito do sistema produtivo, que tem como fim a concentração de riquezas, analisa:

Este movimento, essencialmente concentrador de riquezas, altera radicalmente as relações entre sociedade e natureza. Ao adotar como objetivo da produção a formação de excedentes para o mercado com fins de obter lucro, a burguesia institui a concorrência e a competitividade como valores essenciais às práticas econômicas e impulsiona o desenvolvimento das forças produtivas como contra face da apropriação do trabalho alheio, inaugurando também uma nova etapa na relação com o meio ambiente. Do domínio da terra, passa-se então ao domínio da natureza (em escala planetária) e da própria humanidade (Silva, 2010, p. 37).

A análise apresentada evidencia que a economia de mercado capitalista subjuga o trabalhador e a natureza à condição de mercadorias e, tendo como principal objetivo o lucro, além disso, a agricultura burguesa não respeita a dinâmica natural do solo, sendo também, estruturalmente insustentável.

O fetiche do desenvolvimento social acaba por priorizar uma maneira de produzir bens e explorar recursos naturais que desconsideram a degradação ambiental e, como consequência, a própria existência humana. O modo de produção capitalista se utiliza do discurso de progresso para colocar em prática seu método de dominação, com consequências cada vez mais destrutivas.

A aproximação teórica com a categoria questão ambiental possibilita o entendimento de que as "situações de acumulação compulsiva de objetos e/ou animais" configuram-se como uma de suas expressões na realidade social contemporânea, considerando que são manifestações da relação metabólica entre homem e natureza, mediada pelo consumo e seus desdobramentos.

No item seguinte, apresentam-se elementos da crise socioambiental decorrente dessa sociabilidade destrutiva, para que, posteriormente, seja apresentada a discussão sobre o consumo.

2.2 A Crise Socioambiental Contemporânea

As crises econômicas capitalistas, conforme evidenciava Marx (2011), em “*O Capital*”, têm como fundamento a contradição entre o caráter social da produção e a apropriação privada da riqueza, e ocorrem periodicamente em um ciclo de aumento da capacidade produtiva e empobrecimento da classe que produz essa riqueza social.

Mészáros (2011) aponta os cenários de crise como parte da crise estrutural da sociedade contemporânea, sobretudo a partir da década de 1970, constituída de caráter orgânico, endêmico e permanente, na qual o sistema capitalista se encontra com seus próprios limites intrínsecos. Ao romper com a direta ligação entre a utilização humana e a produção, e ao substituí-la pela relação mercadoria, impõe a submissão das necessidades humanas à necessidade alienante da expansão do capital, removendo a possibilidade de controle racional dessa ordem produtiva.

De acordo com Paniago (2010), a lógica capitalista, historicamente, adota na produção todas as medidas adequadas ao aumento do excedente extraído através da mais-valia. Para isso acontecer, é necessário a provocação de um aumento crescente da produtividade, ao mesmo tempo em que se elimina o trabalho vivo, ou seja, o trabalhador. Aliado a isso, sem se preocupar com os impactos progressivos ao meio ambiente, “absorve de forma crescente e perdulária os recursos naturais necessários, renováveis e não-renováveis, à sustentação do aumento da produção” (Paniago, 2010, p. 3).

Para tanto, o sistema do capital, sinaliza Netto (2014), se apresenta com base em uma constante revolução tecnológica no âmbito da produção de bens materiais, produzindo riquezas sociais que se distribuem de modo extremamente desigual tendo como tendências estruturais:

1. O modo de produção capitalista dispõe de extraordinário dinamismo para a produção de riquezas materiais e exerceu historicamente (ainda que por meios bárbaros) um papel civilizador;
2. À medida que se desenvolve, o modo de produção capitalista revela contradições inextirpáveis, que se manifestam nas suas crises periódicas (componente ineliminável da sua dinâmica, elas não o suprimem, mas criam condições para que a intervenção consciente dos trabalhadores possa superá-lo);
3. Nessa mesma medida, o papel civilizador do modo de produção capitalista se atrofia e se converte no seu antípoda, a barbarização da vida social;
4. O modo de produção capitalista, a partir da sua plena maturação, engendra fortes tendências ao bloqueio da sua própria dinâmica;
5. O modo de produção capitalista não é a

expressão de uma pretensa ordem natural, menos ainda o fim da história: é uma modalidade temporária, transitória e substituível de organização da produção e distribuição das riquezas sociais (Netto, 2014, p. 21).

Netto (2014) enfatiza ainda que, enquanto se mantiver o regime do capital, o legado marxiano será o melhor talhado para a apreensão crítica e radical da sua dinâmica, através do materialismo histórico-dialético, método de apreensão crítica e leitura da realidade social, que identifica suas contradições e redes de mediações.

Percebe-se, nas tendências estruturais do capital, a intensificação de suas contradições e consequente autodestrutividade. Nessa perspectiva, de acordo com Meszários (2017), o capital rejeita todos os limites, incluindo os seus próprios limites sistêmicos, aceitando qualquer coisa, inclusive sua destruição total em favor da acumulação de riquezas. Ressalta-se a tendência de uma lógica de produção destrutiva no contexto de crise estrutural capitalista. O sistema, além de transformar a natureza em mercadoria, torna-se oponente à durabilidade das mercadorias produzidas, viabilizando a destruição dos elementos não renováveis e a degradação da natureza.

Cabe lembrar que, no contexto vivenciado por Marx, as discussões sobre a temática ambiental estavam centradas no desenvolvimento da agricultura capitalista. Alerta-se, com isso, para a necessidade de situar historicamente a discussão que ora se apresenta. Sobre essa questão, Atílio Bóron (2001), ao escrever sobre a atualidade do “*Manifesto Comunista*”, lembra que, à época, “a crise ecológica não era analisada por quase ninguém” (Bóron, 2001, p. 64). Os estudos de Marx versam acerca daquela realidade, onde a questão ambiental ainda não atingia níveis alarmantes como os atuais. Por outro lado, “são as relações de produção as que servem de mediação entre a sociedade e meio ambiente, e as que estipulam um determinado padrão de relacionamento com a natureza”, daí a atualidade do debate (Bóron, 2001, p. 66-67).

Na contemporaneidade, a crise socioambiental tem ganhado destaque junto às organizações internacionais, sobretudo a partir dos anos 1970, com a Declaração da Conferência de Estocolmo, realizada em 1972. O discurso do

Desenvolvimento Sustentável¹³ vem como alternativa à questão ambiental, para a manutenção do capitalismo e não para a sua superação (Silva, 2010).

A Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento - Rio 92, realizada no Rio de Janeiro, em 1992, proporcionou certo respaldo nacional e internacional na relação entre ambiente e impacto à saúde. O evento estabeleceu compromisso na adoção de um conjunto de políticas de meio ambiente e de saúde, no contexto do desenvolvimento sustentável, por meio de documento intitulado Agenda 21 (Rohlf; Grigoletto; Netto; Rangel, 2011, p. 394).

A Agenda 21 Global, composta por 40 capítulos, propôs desde estratégias acerca do combate à pobreza até a conservação da diversidade biológica, tendo como pressuposto também a sustentabilidade. Essa problemática é explicitada logo no início do documento, capítulo 1º:

1.1. A humanidade se encontra em um momento de definição histórica. Defrontamo-nos com a perpetuação das disparidades existentes entre as nações e no interior delas, o agravamento da pobreza, da fome, das doenças e do analfabetismo, e com a deterioração contínua dos ecossistemas de que depende nosso bem-estar. Não obstante, caso se integrem as preocupações relativas a meio ambiente e desenvolvimento e a elas se dedique mais atenção, será possível satisfazer às necessidades básicas, elevar o nível da vida de todos, obter ecossistemas melhor protegidos e gerenciados e construir um futuro mais próspero e seguro. São metas que nação alguma pode atingir sozinha; juntos, porém, podemos -- em uma associação mundial em prol do desenvolvimento sustentável⁷.

A Conferência Rio-92 promoveu o encadeamento do debate sobre saúde e meio ambiente, iniciado na década de 1970, e teve expressiva colaboração na sensibilização de diversos países quanto ao desenvolvimento de estratégias que contribuam para a elaboração de políticas públicas. Desde então, outras Conferências importantes ocorreram no cenário mundial.

Em 2012, foi realizada a Rio+20 com a intenção de fazer um balanço de 20 anos de realização da Rio 92. A Rio+20 foi responsável por um passo além, mas dado em falso: o uso do termo “Economia Verde”. De acordo com Oliveira

¹³ Desenvolvimento sustentável - expressão das iniciativas voltadas à instituição de mecanismos de controle na relação entre sociedade e natureza, presente na plataforma política das organizações governamentais e não governamentais. (SILVA, 2010, p. 40)

(2023), ideia incapaz de apresentar uma alternativa contundente às mazelas do desenvolvimento segregador e avassalador. “Economia Verde significava o desfraldar da leitura econômica do desenvolvimento sustentável, propondo um ajustamento superficial, em forma de uma demão de tinta, do modelo vigente” (Oliveira, 2023, p. 3).

Sobre as últimas Conferências das Nações Unidas, a respeito das Mudanças Climáticas – COP, que ocorrem anualmente, desde 1995, destacam-se a COP21 e a COP27. A COP21 teve como resultado o acordo de Paris de 2015, nele 195 países prometeram realizar ações para que o aumento da temperatura média do planeta ficasse abaixo de +2° C. Já a COP27, realizada em 2022, no Egito, reitera a exigência de que as partes revejam e fortaleçam suas metas, alinhando-as ao Acordo de Paris (Torres, 2023).

Há diversos entraves para uma política internacional de meio ambiente, desde a fragilidade e maleabilidade dos acordos e metas globais até as diferenças sociais, econômicas, políticas e culturais entre os países do mundo. A agenda ambiental é, por sua natureza, antagônica à plena soberania das nações, pois a atmosfera, os oceanos, as florestas e os cursos hídricos não necessariamente obedecem às linhas dos mapas políticos.

Aliado a isso, o cenário de degradação ambiental dos últimos cinquenta anos envolve um processo complexo, relacionado à capacidade humana de adquirir e acumular riquezas, como apresentado em item anterior, de direcionar conhecimentos e experiências ao longo de seu desenvolvimento. A forma de apropriação desigual dos bens socialmente produzidos na sociedade capitalista, e seu modo de interação com a natureza, vêm demonstrando resultados catastróficos.

A crise socioambiental, apresentada na contemporaneidade, de acordo com Falconi (1999), é proveniente da relação social própria ao sistema capitalista, em que se estrutura a necessidade de lucro e acumulação e não de desenvolvimento humano e social.

A análise das implicações das relações sociais capitalistas com o meio ambiente permite-nos extrair algumas conclusões que mostram diferenças de grau e de essência a respeito de outras formas de organização social. De grau, porque a busca do lucro, como lógica interna econômica, condiz a uma tendência à produção ilimitada: diferente de outras sociedades humanas na história, que apresentam limites à produção em relação à satisfação de suas necessidades. De essência, porque pela primeira vez na história da sociedade humana,

o sistema capitalista gera desemprego de maneira crescente e estrutural, mostrando com maior nitidez que as contradições no interior da sociedade humana são o aspecto mais candente da crise ambiental. (Falconi, 1999, p. 124)

Portanto, em um sistema de produção cujo objetivo não é a satisfação direta das necessidades, mas a obtenção de lucro, há como consequência o controle, a exploração e a apropriação das riquezas naturais de um modo desigual, considerando as relações de classes da sociedade capitalista.

O conhecimento sobre a relação de desigualdade e exploração dos recursos naturais, apresentada no capitalismo, também permite compreender que o próprio sistema que a gera e reproduz, cria mecanismos de superação para a manutenção dessa exploração, ou seja, faz da crise ambiental uma forma para manter a acumulação de capital. De acordo com Chesnais e Serfati (2003), a crise ecológica é reflexo da destruição das forças produtivas para atender às necessidades de acumulação, intensificada no capitalismo financeiro (Chesnais; Serfati, 2003, p. 21).

As causas da crise ambiental devem-se a um conjunto de variáveis interconectadas que se dão em bases sociais, econômicas, culturais e políticas, estruturalmente desiguais, que conformam a sociedade capitalista. Trata-se não apenas de uma questão relacionada aos padrões de produção e consumo, aos estilos de vida e ao consumismo das elites. Nesse cenário, o desenvolvimento das forças produtivas converte-se em desenvolvimento das forças destrutivas da natureza e dos homens.

A pandemia do novo Coronavírus, declarada pela Organização Mundial de Saúde, em março/2020, e sua consequente crise sanitária e humanitária mundial, surge em um Mercado Atacadista de Frutos do Mar, na China, onde são comercializados centenas de espécies de animais, muitos deles ainda vivos, em condições insalubres. O surgimento da doença em decorrência do novo vírus transmitido por animais, as chamadas zoonoses, desencadeou polêmicas e discussões sobre a possível relação com a expansão do consumo de produtos de origem animal selvagem crua ou malcozida de zonas periurbanas, portanto a comercialização de animais domésticos e silvestres vivos em péssimas condições de salubridade (Layrargues, 2020). Esse cenário revela como o

capital tem a capacidade de transformar tudo em mercadoria, criando sempre novas necessidades de consumo, expandindo os horizontes da acumulação.

Nesse contexto, apresenta-se a incapacidade do capitalismo de enfrentar os efeitos de suas contradições que lhe são imanentes, aprofundando os níveis de esgotamento dos recursos naturais. As consequências ambientais, provocadas pela demanda incontrolável dos recursos naturais, tendem a materializar-se sob formas graves e num ritmo veloz. Esse cenário demonstra diferentes análises sobre as causas e consequências da questão ambiental que ganha visibilidade na crise socioambiental, bem como nos seus mecanismos de enfrentamento.

2.3 Questão ambiental e a esfera do consumo

A forma de sociabilidade contemporânea embasada no consumo tem sido pauta de discussão por vertentes distintas. De acordo com Zacarias (2013), uma dessas correntes é a da pós-modernidade, que apresenta a sociedade baseada no consumo, “caracterizada como sociedade simbólica, de sinais e significados, que possibilita a construção e fortalecimento das identidades individuais e sociais através da aquisição de bens” (Zacarias, 2013, p.107). Para essa teoria, a base está no consumo e não na produção de mercadorias, portanto, reportam à liberdade de escolha dos indivíduos enquanto consumidores.

Ao discutir sobre consumo e consumismo no modo de produção e reprodução da vida social, apresentado pela sociedade capitalista, Carvalho (2016) apresenta que:

Na sociedade contemporânea, o consumismo, pode-se dizer, torna-se um arranjo social advindo da reciclagem das vontades e desejos humanos rotineiros, que abarca todas as classes sociais. O ato de adquirir algo necessário para sua subsistência é um tipo de consumo utópico para a sociedade atual, face a constante influência da mídia e da maciça publicidade para realização de desejos alheios às necessidades básicas humanas. Não basta adquirir os bens necessários às necessidades básicas (consumo), mas adquirir itens que se mostrem importantes não apenas aos olhos de quem os consome, mas também aos olhos dos outros sujeitos sociais (consumismo) (Carvalho, 2016, p. 26).

O autor analisa o consumo comparando o fetiche da mercadoria de Marx e o fetiche da subjetividade da pós-modernidade de Bauman. Segundo ele, apesar dessas teorias terem sido desenvolvidas em tempos e perspectivas distintas, se assemelham ao “descrever a ilusão criada para encobertar as relações humanas por trás das relações entre objetos” (Carvalho, 2016, p. 8).

Na atualidade o consumismo se tornou “cultura”, forma de reconhecimento e inserção social, busca incessante de prazer individual. O “ter” se sobrepõe ao “ser” como nuvens impenetráveis das tardes chuvosas de inverno. Os sonhos de fama e dinheiro são os desejos individuais no cenário social (Carvalho, 2016, p. 7).

É a partir do sistema capitalista de produção que o consumo adquire uma nova roupagem e seus níveis se ampliam de forma conspícua. Observa-se que, na chamada pós-modernidade, o ser social não consome somente para sobreviver, mas é consumido e vive para consumir. Nesta esteira, o consumismo se tornou o verdadeiro propósito da existência humana. Conforme Carvalho (2016), essa forma de ser e agir contemporânea, quanto à relação de consumo, sofreu e sofre forte influência da industrialização dos meios de produção e do modelo de produção capitalista atual. Maior produção conduz a maior consumo. Quanto mais se produz, mais se buscam mercados para consumir.

Uma sociedade, de hiperconsumo, que funciona em constante desorganização psicológica – beirando a esquizofrenia -, na qual a quase totalidade dos aspectos da existência humana são invadidas pelas forças do mercado, que de um lado visa o prazer e o bem-estar individuais através do consumismo e, de outro coabita de forma opulenta com o subconsumo e os níveis alarmantes de desigualdade social e degradação do meio ambiente (Carvalho, 2016, p. 20).

Faz-se relevante a apresentação dessas análises da pós-modernidade, presentes na realidade contemporânea, acerca da discussão sobre o consumo, no entanto enfatiza-se que, na presente pesquisa, a categoria consumo será desvelada a partir das contribuições marxistas, que nos permite o aprofundamento sobre a realidade na perspectiva da totalidade das relações de produção e reprodução da vida social.

Considera-se para a discussão sobre o consumo, a teoria marxista, portanto, compreendendo que a sociedade capitalista, baseada nas relações de produção, “é menos uma sociedade de consumo, mais uma sociedade ideologizada pelo consumo” (Zacarias, 2013, p.107).

Isso fica claro quando se constata que uma parcela muito pequena da humanidade tem acesso à chamada “sociedade do consumo”. Um outro princípio diferente das formulações das teorias pós-modernas está relacionado à defesa da centralidade da produção/trabalho como fator organizador da sociedade e não do consumo, como essas teorias defendem. Por fim, o consumo é entendido como uma das fases de um único processo que inclui a produção, a distribuição, a circulação e, finalmente, o próprio consumo (Zacarias, 2013, p.107).

Diante dessa perspectiva de análise, busca-se compreender sobre os rebatimentos dessa sociedade idealizada pelo consumo na problemática da questão ambiental, considerando as situações de acumulação compulsiva uma das expressões dessa relação entre consumo e meio ambiente.

Partindo da teoria de Marx, na compreensão do processo de produção do capital, é fundamental entender como ocorrem suas etapas: produção, distribuição, circulação e consumo nessa sociedade.

Segundo o autor de *O Capital*, a produção, a distribuição, a circulação e o consumo são fases distintas de um processo único, pressupostas uma das outras, entrelaçadas e mutuamente determinantes. Nesse processo cabe à produção a determinação fundamental, ela é o ponto de partida sempre recorrente do processo, sua razão de ser mais essencial. (Zacarias, 2013, p. 109).

Portanto, a produção é o ponto de partida e fase essencial para o capital, seguida das demais etapas. Na distribuição, é determinada a proporção dos produtos de que o indivíduo participa; na troca converte-se a quantia que lhe coube pela distribuição e a última etapa, a do consumo, os produtos convertem-se em objetos de desfrute, de apropriação individual. Conforme analisa Zacarias (2013), os objetos são criados na produção, já na distribuição são repartidos, conforme as leis sociais e, na troca, é repartido de novo o que já está distribuído, conforme a necessidade individual. Na etapa do consumo, o produto converte-se a um objeto para suprir uma necessidade individual e perde seu caráter coletivo, social.

Seguindo sobre as mediações entre produção e consumo, a teoria marxista “ressalta que a produção fornece os materiais, o objeto, mas não é somente o objeto que a produção cria para o consumo, uma vez que determina também seu caráter dá o seu acabamento e o modo de consumo” (Zacarias, 2013, p.110).

Partindo dessa análise, a produção acaba por criar o consumidor, pois determina o modo de consumo, ao gerar no consumidor a necessidade dos produtos, que, de início, foram postos por ela como objetos. Da mesma forma que o consumo gera a disposição do produtor, sob a forma de uma determinada necessidade. Marx aponta as identidades entre essas duas fases, conforme explica Zacarias (2013):

Essas identidades aparecem de modo triplo: a primeira, seria uma identidade imediata, na qual a produção é consumo e o consumo é produção. A segunda identidade está relacionada a uma dependência recíproca dessas fases, ou seja, a produção cria o material para o consumo como objeto exterior, o consumo cria a necessidade como objeto interno, como finalidade da produção. Essa reciprocidade faz Marx (1982, p. 9) concluir que “sem produção não há consumo, sem consumo não existe produção”. A última identidade desfaz completamente a possível interpretação mecanicista de que produção é consumo e consumo é produção, pois sabiamente, numa perspectiva dialética ele afirma: “a produção não é imediatamente consumo, nem consumo é imediatamente produção, igualmente a produção não é apenas um meio para o consumo, nem o consumo um fim da produção” (Zacarias *apud* Marx, 1982, p.113).

A análise apresentada enfatiza a compreensão de que o consumo é parte de um processo único que inclui ainda elementos distintos, a produção, a distribuição e a circulação, inter-relacionados, como elementos de uma totalidade. Na sociedade do capital, o consumo, como parte da relação entre o homem e a natureza, tem o propósito de obtenção do lucro através da circulação de mercadorias e não apenas a satisfação de necessidades humanas básicas.

Nesse contexto, as mercadorias possuem inicialmente valores de uso, de objetos materiais, porém, só são mercadorias por sua duplicidade: por serem ao mesmo tempo objetos úteis e veículos de valor e incorporam esse valor à medida que são expressões de uma mesma substância social: o trabalho humano. Seu valor é, portanto, uma realidade social, só podendo manifestar-se na relação social da troca de uma mercadoria por outra.

Então, a mercadoria apresenta dupla feição, ou seja, valor de uso e valor de troca, enquanto o trabalho humano não apresenta mais as mesmas características que lhe pertenciam como gerador de valores de uso. Nessa relação de troca das mercadorias, analisada por Marx (2011), no chamado fetiche das mercadorias, os produtos do trabalho tornam-se mercadorias, ou

seja, a relação entre os homens torna-se relação entre coisas.

Vale ressaltar que a base da teoria marxiana apresenta elementos para a compreensão da sociedade capitalista contemporânea, caracterizada pela financeirização da economia e por uma profunda crise estrutural e consequente crise socioambiental, como citado no item anterior.

Conforme Meszáros (2010) em “*O Poder da Ideologia*”, o objetivo principal do capital é ampliar constantemente o valor de troca, portanto, as necessidades dos indivíduos estão subordinadas a esta lógica de acumulação, e para tornar a produção de riqueza a finalidade da produção, foi necessário separar o valor de uso do valor de troca, sob a supremacia do último. Nesse contexto, o papel da ideologia é fundamental para enfatizar o valor de troca e manter a valorização do capital, conforme Zacarias (2013), dialogando com Meszáros:

Nesse processo de “imposição” o papel da ideologia é fundamental, pois é necessário que o trabalhador vá internalizando “as necessidades e os imperativos do capital como seus próprios, como inseparáveis da relação de troca” (Meszáros, 2006, p. 628). Desse modo, os indivíduos vão aceitando a imposição de valores de uso “capitalisticamente” viáveis como se emanassem de suas próprias necessidades. Para Meszáros (2006) a ideologia dominante do sistema social se afirma fortemente em todos os níveis, do mais baixo ao mais refinado. Isso leva à dominação e à determinação de todos os valores que, muitas vezes, os indivíduos não suspeitam de que são levados a aceitar, sem questionamento, um determinado conjunto de valores aos quais se poderiam apresentar alternativa bem fundamentada (Zacarias, 2013, p. 116).

Nessa perspectiva, evidencia-se que as necessidades têm origem no sistema de produção e são incorporadas pelos sujeitos sociais. Além disso, exercem um controle sobre os sujeitos, que passam a se reconhecer em suas mercadorias, a encontrar a alma nos objetos que o cercam, uma relação de dependência.

E como consequência dessa problemática, do consumo desenfreado, balizado nas relações de produção, a dinâmica de descarte prematuro e desperdício das mercadorias também tem sua base na natureza expansionista do capital e na sua busca pelo lucro, que se desenvolve de forma veloz e sem considerar o ritmo de renovação dos recursos naturais. Com isso, os elementos naturais passam a ser julgados conforme as exigências de acumulação. Meszáros resume essa questão afirmando que:

É, pois, extremamente problemático o fato de que, ultrapassado certo ponto na história do “capitalismo avançado”, este processo – que é intrínseco ao avanço produtivo em geral – esteja completamente revertido e da forma mais intrigante. Ou seja, que a “sociedade descartável” encontre o equilíbrio, entre produção e consumo necessário para a sua contínua reprodução, somente se ela puder artificialmente “consumir” em grande velocidade (isto é, descartar prematuramente) grandes quantidades de mercadorias, que anteriormente pertenciam à categoria de bens relativamente duráveis. Desse modo, ela se mantém como sistema produtivo manipulando até mesmo a aquisição dos chamados “bens de consumo duráveis”, de tal sorte que estes necessariamente tenham que ser lançados ao lixo (ou enviados a gigantescos “cemitérios de automóveis” como ferro-velho etc.) muito antes de esgotada sua vida útil (Mészáros, 1989, p.16).

O sistema, além de transformar a natureza em mercadoria, torna-se oponente à durabilidade das mercadorias produzidas, viabilizando a destruição dos elementos não renováveis e a degradação da natureza. Neste contexto, dentre as determinações mais expressivas da destrutividade, operadas pelo sistema capitalista, tem-se planejado a durabilidade dos objetos, denominada obsolescência programada¹⁴. A exemplo, temos a indústria de aparelhos celulares, em que um equipamento recém-lançado se torna obsoleto em pouco tempo, pois a utilização de novos sistemas passa a ser incompatível com as máquinas, que se tornam ultrapassadas.

Sobre a obsolescência programada, Silva (2010) aponta:

A irracionalidade do capital pereniza os traços perdulários do sistema - à medida que para fazer face à sua crise estrutural, aprofunda os traços financistas da economia mundial, intensificando as contradições entre o capital fictício e capital produtivo - ao tempo que adota a obsolescência programada como estratégia privilegiada, acentuando, assim o reino da perdularidade e da destruição (Silva, 2010, p. 99)

Na discussão sobre a busca de equilíbrio entre produção e consumo, Mészáros (2010) elucida que é incerta a possibilidade de reverter a certo ponto “em que a sociedade dos descartáveis encontre equilíbrio entre produção e consumo, necessário para sua contínua reprodução” (Mészáros, 2006, p. 640).

¹⁴ Obsolescência é o estado de um objeto, lugar, serviço ou prática que não se encontra mais em uso. Comumente ocorre porque está disponível uma substituição, sendo superior em um ou mais aspectos. Por sua vez, obsolescência planejada (ou programada) refere-se à produção de bens não econômicos com uma vida útil curta, tendo como objetivo levar os clientes a comprarem repetidamente o mesmo produto (Bulow, 1986).

Já para Lowy (2005), o conjunto do modo de produção precisa ser modificado.

Assim, de um ponto de vista ecossocialista, não basta suprimir as relações de produção que se tornaram obstáculo ao livre desenvolvimento das forças produtivas. É o conjunto do modo de produção e consumo que deve ser transformado, uma vez que todo o aparelho produtivo, suas forças e relações de produção, estão a serviço da acumulação e expansão do capital. (Löwy, 2005, p. 55).

Zacarias (2013) sintetiza que a lógica do consumo, baseada na relação de produção, invadiu o conjunto das relações sociais. No entanto, a sociedade capitalista contemporânea não se trata de uma sociedade de consumo, pois “apesar de ter esgotado o consumo de massa do ponto de vista do capital, não conseguiu, do ponto de vista das demandas sociais efetivas, atender à maioria da população” (Zacarias, 2013, p.120).

No decorrer da tese, pretende-se demonstrar a relação intrínseca entre as situações de acumulação compulsiva e as categorias apresentadas nesse capítulo, relacionadas à questão ambiental, que envolve, dentre outros fatores, a crise socioambiental contemporânea e o desvelamento do consumo como parte do processo de produção capitalista.

CAPÍTULO 3 - AS DISPUTAS PELA CIDADE: BECOS, BARRACOS E ESGOTO A CÉU ABERTO

As necessidades e as demandas sociais de quem vive e trabalha numa metrópole fazem do seu cotidiano um desafio permanente, como resultado da apropriação desigual da riqueza que ela gera. Desvelar essas condições de vida requer debates sob a ótica das relações sociais de produção da nossa sociedade, compreendidas como resultados da relação desigual existente entre capital e trabalho, mediada pela ação do Estado, através de suas políticas públicas. Contudo, nota-se certa tendência nesses debates em centrar a responsabilidade pelas más condições de vida e de saúde nos próprios indivíduos, tornando-se um debate esvaziado por não considerar a análise da totalidade das relações sociais.

É a partir da lógica de acumulação do capital, das relações entre desigualdades urbanas e relações de classe, que se observa o desenvolvimento das grandes cidades, lócus das fábricas, das moradias dos trabalhadores e da escassez de recursos naturais. A ação destrutiva do capital, relacionada à natureza e à exploração da força de trabalho, tem rebatimentos diretos na vida do trabalhador e de sua família, no seu cotidiano, na sua saúde, tornando-se questões relevantes para o estudo, o aprofundamento e o delineamento de intervenções profissionais dos assistentes sociais. É na cidade, no tecido urbano, que se expressam as diversas faces da questão social, exigindo da gestão pública e dos profissionais respostas às demandas dos seus moradores.

Ao assistente social cabe a compreensão desses processos para a construção de projetos de intervenção profissional, fundamentados teórica e metodologicamente, com os instrumentais técnicos mais apropriados, definidos e comprometidos com o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social.

3.1 Condições de vida da classe trabalhadora e questão urbana

É fundamental compreender as condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora e, a partir dessa compreensão, relacioná-la com a saúde ambiental.

O desenvolvimento do capitalismo tem como marco a Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra, em meados do século XIX. A introdução da máquina foi avassaladora na modificação das relações da sociedade. Na Europa, o capitalismo trouxe novas classes sociais - os proletários, antes servos dos senhores feudais, trabalhadores das terras, e pós-revolução vendedores de sua força de trabalho à classe burguesa, despossuídos dos meios de produção de sua vida.

As condições de vida do operariado inglês eram precárias em todos os aspectos, desde moradias escassas ou inexistentes, abrigando em um mesmo cômodo várias famílias; alimentação insuficiente; vestimenta de farrapos; até insalubres ambientes de trabalho, resultando em doenças, alcoolismo, prostituição, dentre outras questões. As péssimas condições de moradia e a superpopulação são duas anotações constantes sobre os bairros operários londrinos (Bresciani, 2008, p. 24).

A respeito das condições de saneamento da época, Engels (2010), citando o relato da comissão de Huddersfield, relata que:

É notório que, em Huddersfield, ruas inteiras e muitas ruelas e pátios estão desprovidos de pavimentação, esgotos e outras formas de escoamento; aí se acumulam detritos, sujeira e imundícies, que apodrecem e fermentam, e por quase todo lado a água estagnada forma charcos; em consequência, as habitações contíguas são necessariamente sujas e insalubres, originando doenças que ameaçam a saúde de toda a cidade (Engels, 2010, p. 84).

A situação precária de vida da população londrina, na década de 1840, é também analisada pelo sanitarista do período, Dr. Chadwick, que sinalizou, inclusive, impactos negativos no processo de acumulação de capital, vistos com preocupação pela burguesia.

[...] as condições físicas ambientais malsãs deterioram a saúde e o estado físico da população, que elas agem, da mesma maneira, como obstáculos à educação e ao desenvolvimento moral; que, diminuindo a expectativa de vida da população operária adulta, impedem o crescimento das capacidades produtivas e diminuem o capital social e moral da comunidade; [...] (Bresciani, 2008, p. 28).

A formação do capitalismo e das grandes cidades, na primeira metade do século XIX, na Inglaterra, aqui expostas pelas condições iniciais de vida da classe trabalhadora em seu surgimento, guardadas as diferenças de realização do capitalismo nos diferentes países, apresenta traços que se assemelham à realidade vivenciada pelos trabalhadores no Brasil. A apropriação privada do trabalho social coletivo, presente no modo de produção capitalista, traz em seu bojo a questão social como expressão das contradições entre as classes sociais.

De acordo com Iamamoto:

A questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, as condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. [...] A Questão social expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relação de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal. (Iamamoto, 2001, p. 17)

E ainda, segundo Raichelis (2006):

[...] a questão social, tal como a entendemos, é a expressão das desigualdades sociais produzidas e reproduzidas na dinâmica contraditória das relações sociais, e, na particularidade atual, a partir das configurações assumidas pelo trabalho e pelo estado, no atual estágio mundializado do capitalismo contemporâneo. (Raichelis, 2006, p. 17)

Na realidade brasileira, evidencia-se a mudança do cenário rural para o urbano, no século XX, sobretudo na década de 1930, com o fenômeno do êxodo rural, com a aglomeração das pessoas em torno das fábricas e a formação desordenada dos centros urbanos e das grandes cidades. Apesar de parecerem processos antagônicos, as problemáticas do campo e da cidade partem da mesma totalidade.

Nas sociedades agrícolas pré-capitalistas, os resíduos vegetais e humanos geralmente retornavam ao solo como fertilizante, ajudando a repor nutrientes perdidos. Porém, o movimento de cerceamento dos campos e a concentração e privatização da terra que acompanharam o advento do capitalismo criaram uma divisão entre campo e cidade, deslocando a população rural e expandindo a urbana. Práticas de agricultura intensiva foram usadas para aumentar a produção. Alimentos e fibras – junto com nutrientes essenciais para o solo foram acumulados como lixo, poluindo as cidades. Essas práticas minaram as condições naturais necessárias para a reprodução do solo (Clark; Forster, 2010, p. 24).

No século XXI, presenciam-se, somadas às expressões da exploração do trabalho, relacionadas às novas configurações da vida moderna, estruturas arquitetônicas verticais, isoladas e inacessíveis, reforçando constantemente a impossibilidade de vida coletiva; a longa distância entre as moradias e os locais de trabalho; as jornadas extenuantes; o trabalho de mulheres somado a sua dupla jornada, vivenciada cotidianamente com os cuidados domésticos e dos filhos. O caos urbano perpassa pelos problemas respiratórios devido à poluição; por transporte de má qualidade e congestionamentos longos e diários; inundações; ocupações irregulares do solo; especulação imobiliária; moradias irregulares e localizadas em área de risco para a vida humana; população em situação de rua; ausência de saneamento básico, entre outros agravantes contemporâneos, que não se distanciam da Inglaterra do século XIX, com ressalvas às diferenças temporais e contexto histórico.

A mera concentração da população nas grandes cidades já exerce uma influência deletéria. A atmosfera de Londres não pode ser tão pura e rica em oxigênio como a de uma região rural; 2,5 milhões de pessoas respirando e 250 mil casas amontoadas numa área de três ou quatro milhas quadradas consomem uma enorme quantidade de oxigênio que dificilmente se renova, uma vez que a arquitetura citadina não favorece a circulação do ar. O gás carbônico produzido pela respiração e pela combustão permanece nas ruas graças à sua densidade e porque as correntes principais dos ventos passam acima das casas. Os pulmões dos habitantes não recebem a porção adequada de oxigênio e as consequências são a prostração física e intelectual e uma redução da energia vital. Por isso, os habitantes das grandes cidades estão menos expostos às doenças agudas, particularmente do tipo inflamatório, que os moradores das áreas rurais, que respiram um ar livre e normal – mas, em contrapartida, os cidadãos sofrem muito mais de doenças crônicas. E se a vida nas grandes cidades, em si mesma, já não é fator conveniente à saúde, imagina-se o efeito nocivo causado pela atmosfera anormal dos bairros operários, onde, como vimos, encontra-se reunido tudo que pode envenená-la. [...] O lixo e os charcos permanentes nos bairros operários das grandes cidades, justamente porque produzem gases patogênicos, representam um gravíssimo perigo para a saúde pública – e o mesmo deve dizer-se das emanções dos cursos de água poluídos (Engels, 2008, p. 136-137).

São Paulo, a maior capital do Brasil, traz elementos em sua realidade contemporânea que remetem aos constituintes do surgimento das grandes cidades inglesas no contexto da Revolução Industrial, notadamente seus elementos mais regressivos. Apesar das peculiaridades de tempo e espaço de cada cidade, inseridas em sociedades capitalistas, estruturalmente diferentes, no caso do Brasil, dependente dos centros hegemônicos como a Inglaterra, pode-se citar a presença de becos, barracos, esgotos a céu aberto, aglomerados de pessoas em um mesmo cômodo, jornadas extenuantes de trabalho que remontam à realidade europeia do século XIX.

A realidade da cidade de São Paulo revela fortemente as expressões da questão social, conforme sinaliza Raichelis, citando Valladares:

Aqui, nesse imenso território, a partir do qual se organiza a dinâmica do capitalismo no Brasil, se expressa mais claramente do que em qualquer outra metrópole do país a espoliação urbana, a subcidadania, a dinâmica das lutas e reivindicações por melhores condições de moradia e de trabalho. Verdadeiro laboratório social, a Grande São Paulo – com seus cortiços, suas favelas, suas invasões e moradias autoconstruídas, seus bairros ricos, seus condomínios fechados – continua nesse final de século XX e início do XXI como o grande desafio à compreensão dos problemas urbanos no país (Raichelis, 2006 p. 39 *apud* Valladares, 2000).

Convergindo com a contribuição para tal discussão, Kowarick (2000) caracteriza a espoliação urbana relacionando-a com a exploração do trabalho:

Espoliação urbana é a somatória de extorsões que se opera pela inexistência ou precariedade de serviços de consumo coletivo, que juntamente ao acesso à terra e à moradia apresentam-se como socialmente necessários para a reprodução dos trabalhadores e aguçam ainda mais a dilapidação decorrente da exploração do trabalho, ou, o que é pior, da falta desta. (Kowarick, 2000, p. 42)

Como recorte para a presente pesquisa, é fundamental a reflexão quanto às expressões da espoliação urbana, sofridas pela classe trabalhadora, na cidade de São Paulo, e sua interferência direta no processo de saúde dessa população. Para tanto, o conhecimento da realidade concreta na qual vive a população na região central se faz emergente para o planejamento de ações comprometidas com essa realidade, sobretudo relacionadas às situações de acumulação de objetos.

Na área central da cidade de São Paulo, encontram-se os mais diversos segmentos da população, que vivenciam cotidianamente os tensionamentos decorrentes da espoliação urbana: trabalhadores dos setores formal e informal da economia transitam e constroem suas vidas; moradores locais com condições adequadas de vida; moradores em situação de precariedade, como os dos cortiços, favelas e imóveis ocupados; profissionais do sexo; imigrantes de outros países em situação ilegal; e a população em situação de rua, cuja presença escancara a verdadeira face da metrópole que exclui os sujeitos das relações de trabalho e os impulsiona, cada vez mais, a processos complexos de degradação social.

3.2 A realidade do território: o centro da cidade de São Paulo

Pensar na política de saúde na análise sobre as situações de acumulação de objetos na cidade de São Paulo, sobretudo na região central, implica, em primeiro lugar, compreender a totalidade das relações construídas em seu espaço territorial e desvelar o processo sócio-histórico em que as manifestações da questão urbana se fizeram presentes.

A região central da cidade de São Paulo, tal como apresentada na contemporaneidade, é resultado do acelerado crescimento experimentado a partir do final do século XIX, nos primórdios da industrialização, período em que a população aumenta consideravelmente com a chegada de imigrantes para servir de mão de obra nos processos produtivos. De acordo com Kowarick (1988, p. 50), trabalhadores são submetidos a jornadas de 14 horas ou mais, incluindo mulheres e crianças, sub-remunerados e explorados. As famílias, sem condições de alugar uma casa, devido ao alto custo dos imóveis e à baixa remuneração, passam a viver em cortiços. Recorremos ao texto de Kowarick (1988) a fim de apresentar breve histórico da questão dos cortiços na cidade de São Paulo:

Desta forma, na medida em que a economia baseia seu processo de extração de excedentes na pauperização dos trabalhadores e ao mesmo tempo precisa manter a unidade familiar operária a fim de explorá-la e garantir sua continuidade, o cortiço, subdivisão de cômodos em maior número possível de cubículos, aparece como a mais viável para o capitalismo nascente reproduzir a classe trabalhadora, a baixos custos (Kowarick, 1988, p. 50).

Nos anos iniciais do século XX, a estruturação da cidade se baseava na concentração dos trabalhadores próximos às fábricas, sobretudo nos bairros Brás, Mooca, Bom Retiro e Bexiga. A realidade dos cortiços também se estendia às áreas onde residiam as camadas mais abastadas como Campos Elísios, Higienópolis e Santa Ifigênia. "Em todos os locais havia grande número de cortiços, aproximando espacialmente a miséria da riqueza, que se sentia contaminada pela sua proximidade" (Kowarick, 1988, p. 54).

A proximidade dos cortiços com as moradias da classe dominante, nas décadas iniciais da industrialização, provocava certo desconforto e consequente discurso higienista. Kowarick (1988) sinaliza que:

Do ponto de vista dos grupos dominantes, o discurso visava sanar a cidade das epidemias que frequentemente assolavam a cidade, trazendo grandes temores às camadas mais abastadas que se sentiam na iminência de também serem contaminadas. Dar saúde à cidade significa, portanto, desinfetá-la, ou seja, erradicar os cortiços de onde os focos contagiosos poderiam se alastrar (Kowarick, 1988, p. 55).

Ainda sobre esse discurso, Rolnik aponta que:

A ideia de que a proximidade de um cortiço pode contagiar a saúde de toda uma região está presente na fala de técnicos higienistas, mas também provém de moradores de zonas fronteiriças. Nestas, os palacetes veem os cortiços, de certa forma convivem com eles (Rolnik, 1988, p. 80).

Apesar dos alardes da burguesia, principalmente por volta dos anos 1920, quando a gripe espanhola invadiu a cidade, os cortiços permaneceram como a principal opção de moradia das famílias operárias, dada a ausência de investimento em transporte coletivo que pudesse alocar a população em áreas periféricas. Kowarick (1988, p. 56) elucida que "periferizar os trabalhadores seria impraticável, nesse período, por conta da pauperização e extensa jornada de trabalho, inclusive noturna".

A abordagem da chamada Polícia Sanitária caracteriza as ações fiscalizatórias do período, de certa forma, precursoras da Vigilância Sanitária, voltadas a uma política higienista e de culpabilização dos habitantes de moradias coletivas quanto à disseminação das doenças.

As condições de vida dos trabalhadores. na capital paulista, nesse período, evidenciam o que se entende, nos tempos atuais, sobre a relação entre questão urbana e questão ambiental.

Com o avanço da industrialização, na década de 1930, o processo de periferização ganha corpo. São Paulo recebe grande contingente de migrantes que se instalam em espaços dispersos do centro.

Se a periferização decorre do avanço da industrialização, ela só seria possível com a alteração do sistema de transporte: a linha de ônibus passa a viabilizar longínquas zonas habitáveis ao unir a moradia ao local de emprego e fator de intensa especulação imobiliária, [...] (Kowarick, 1988, p. 57)

O investimento no sistema de transporte coletivo propiciou a ocupação das áreas periféricas desprovidas de serviços urbanos básicos, onde as moradias são erguidas pelos próprios trabalhadores em momentos de folga.

A prefeitura tinha total conhecimento do que significava a abertura destes loteamentos. Sabia que não tinha condições nem recursos para urbanizá-los, tal a extensão da mancha urbana que provocavam. Longe de não prever o que estava acontecendo, eram frequentes os alertas que, na época, os próprios técnicos da Prefeitura faziam sobre os prejuízos que tal modalidade de expansão urbana teria para São Paulo. (Kowarick; Bonduki, 1988, p. 138)

É mister destacar a ausência do Estado na viabilização de infraestrutura necessária aos novos bairros periféricos, bem como na regularização e condições dignas de moradia dos cortiços nas áreas centrais. Com a periferização das moradias, o cortiço deixa de ser modalidade predominante de habitação operária, mas permanece com grande contingente da população, conforme sinaliza Kowarick, referindo-se à década de 1980.

Assim como no passado, encontram-se hoje diversas modalidades de habitação coletiva. Nas áreas mais centrais da cidade, de implantação mais antiga, em zonas que jamais alcançaram altos valores imobiliários e mesmo em áreas extremamente valorizadas estão os cortiços que, pela proximidade dos serviços, pela disponibilidade de infraestrutura e principalmente pela facilidade de transporte, abrigam aquela parcela de trabalhadores que, por opção ou por obrigação, recusa o padrão periférico (Kowarick, 1988 p. 67).

O processo de urbanização do centro de São Paulo caracteriza-se, por um lado, pela situação de degradação da vida dos trabalhadores nos cortiços e,

por outro, pela constituição do Centro como local de consumo e negócios, com área desenvolvida em torno do "Triângulo Histórico", formado pela confluência das Ruas Direita, XV de Novembro e Boa Vista. Frúgoli (2000) resgata tal aspecto nas primeiras décadas do século XX.

A arquitetura do Centro recebeu diversos projetos como a Pinacoteca do Estado, o Teatro Municipal, o Palácio das Indústrias, o Mercado Municipal, dentre outros. De acordo com Frúgoli (1995, p.23), "o período é marcado por uma cidade dividida e apartada em termos sociais, com o crescimento voltado à burguesia, contrapondo-se às precárias condições de trabalho e moradia dos operários fabris".

Em meados dos anos 1960, o centro histórico começou a exibir sinais de deteriorização, com a presença do comércio informal, violência e pobreza, crise acentuada nas décadas seguintes, culminando, em 1990, com uma situação de heterogeneidade entre vários grupos sociais ali presentes.

Nos espaços públicos da área central da cidade, por conseguinte, distintos grupos sociais formaram variadas redes de relações voltadas à sobrevivência - como camelôs, engraxates, desempregados, aposentados "plaqueiros", vendedores de ervas, de bilhetes de loteria, de churrasquinho, pregadores, religiosos, videntes, prostitutas, travestis, homens e menores de rua, artistas de rua, rolistas, batedores de carteira, trapaceiros e muitos outros - com uma diversidade quanto ao tipo de uso do espaço embora com certas semelhanças entre si, em particular quanto à origem popular e muitas vezes nordestina além de uma certa forma de organização interna que combina princípios de solidariedade com outros de hierarquia do tipo clientelista e personalista. (Frugoli, 2000, p. 59)

Apesar da expansão imobiliária nas áreas periféricas, o contingente de trabalhadores que buscam residir na área central da cidade, nas décadas seguintes, permanece em crescimento. Mais de 80% das antigas residências térreas e velhos casarões da área central de São Paulo foram transformados em cortiços (Kowarick, 1988, p. 67).

Assim como nos anos iniciais da industrialização, a região central de São Paulo permanece configurada por sua diversidade sociocultural, com relações cotidianas entre as classes sociais que utilizam o espaço, seja para moradia, lazer, trabalho, entretenimento, consumo, dentre outras atividades da vida social. Porém, com mudanças significativas em alguns aspectos como o perfil dos moradores e empresas na região, caracterizado por um processo de evasão. De acordo com Frugoli:

O processo de crescente popularização do Centro, a partir de meados dos anos 60, foi concomitante ao início da evasão de empresas e bancos para outros subcentros, à deteriorização de parte de seus equipamentos urbanos e ao declínio de seu valor imobiliário. Deve-se observar que se está frisando a concomitância de ambos os processos, não a determinação do primeiro sobre o segundo, a fim de se evitar o velho jargão ideológico que sustenta que é a presença maciça das classes populares a responsável pela deteriorização de determinados espaços da cidade (Frúgoli, 2000, p. 61).

Com a consolidação imobiliária no sentido sudoeste, a alta burguesia e depois a classe média afastaram-se progressivamente do Centro, carreando a ação do Estado na mesma direção. Conforme Villaça (1989, p. 130), também as sedes de governo seguiram os novos fluxos das elites, mudando-se primeiro o gabinete do prefeito para o Parque do Ibirapuera (década de 1950) e o do governador para o bairro do Morumbi (década de 1960).

Outro fator que colaborou para a degradação do centro foi o desenvolvimento do mercado imobiliário, nos anos 1990, de escritórios de alto padrão nas Avenidas Faria Lima e Berrini, e um pouco depois na Marginal do Rio Pinheiros, deslocando grandes bancos do Centro para os novos bairros.

Na tentativa de conter a deterioração e o abandono do centro, em 1991, organizações de diversos setores da sociedade criam a Associação Viva o Centro, no intuito de revalorizar a área, que mesmo sendo a mais bem provida da cidade, considerando acesso à infraestrutura, perde moradores e empresas para outras regiões menos estruturadas. A associação propôs intervenções importantes como melhoria dos cortiços pelo poder público, revisão do sistema de transporte para diminuição do fluxo, atuação com as pessoas em situação de rua e camelôs (Frúgoli, 2000).

A Associação ganha força pela gestão de Luiza Erundina (1989-1992), período em que foram realizadas ações procurando integrar a melhoria da paisagem urbana e de seus espaços públicos com a preservação do patrimônio histórico. A ida do gabinete da prefeita para o Centro foi um fato bastante marcante dessa gestão, na contramão do histórico movimento do poder político rumo a setores de deslocamento da elite econômica. Nesta época, também a melhoria das condições habitacionais da população de baixa renda, residente no Centro, foi colocada em pauta, como objeto de política pública. José (2010) sinaliza que em um contexto de discussão da Reforma Urbana e de elaboração

da Constituição de 1988 ocorria a maior politização dos problemas habitacionais, que passavam da esfera do atendimento a pessoas carentes, para uma esfera de debates e organização política.

Apesar dessas iniciativas em favor da revalorização, o centro, nos anos 1990, é marcado por manifestações da questão urbana:

[...] também têm sido interpretados como negativos a presença de serviços formais e informais destinados a ou exercidos por setores populares (camelôs, prostituição etc.), e a presença de catadores de materiais recicláveis, atividade altamente positiva no aspecto ambiental e gerador de trabalho e renda. Estas ocupações são características do Centro, e comuns entre os moradores de cortiços da região. O aspecto atualmente mais comentado é a existência de tráfico e consumo de drogas, mais especificamente de crack, na região que ficou conhecida como Cracolândia a partir de meados da década de 90. Segundo a mídia, “uma espécie de ‘buraco negro’, onde vivem crianças, jovens e adolescentes viciados em crack” (José, 2010, p. 32)

Considerando a realidade em movimento, no centro da metrópole, situações antes ausentes começam a fazer parte do cotidiano da região central, dentre elas a questão do tráfico e do uso de drogas, especificamente o *crack*, alocado em área específica próxima à Luz. Além da problemática dos catadores de recicláveis, que exercem trabalho sem condições mínimas de segurança, ambas as situações revelam necessidade de atenção quanto às intervenções da saúde ambiental junto às áreas de risco do território, respeitando a sua especificidade e necessidade.

A discussão do espaço urbano no Centro de São Paulo permeia também os movimentos de moradia que, a partir de 1997, passaram a realizar ocupações massivas e seguidas em edifícios vazios do Centro, após tentativas de negociações com o setor público. Sobre os movimentos, José (2010) destaca que:

[...] sua atuação tornou-se cada vez mais direcionada, voltando-se, com o respaldo de assessorias técnicas formadas por arquitetos, engenheiros e profissionais da área social, para imóveis com maiores potencialidades de aquisição e reforma. Entre 1997 e 2005, foram realizadas 44 ocupações na área central (José, 2010, p. 35).

A partir dos anos 2000, começa-se a se perceber, de fato, a realização de ações menos esparsas no Centro, ou a permanência deste na pauta das administrações municipais. Em 2002, foi aprovado o Plano Diretor Estratégico (PDE) para o município, que incluía instrumentos do Estatuto da Cidade, como

as Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS), diretamente vinculadas à elaboração de políticas habitacionais.

Conforme levantamento de José (2010), os censos do IBGE de 1980, 1991 e 2000 mostram que, nos últimos anos, houve evasão de residentes na Região Central: num período de duas décadas, sua população diminuiu 179.000 habitantes, significando uma perda total de 30%. Fato curioso se destaca, mesmo com a diminuição da população residente na Região Central; 50% dos seus distritos apresentam densidade superior à média do município. Os mais densos são os da Bela Vista, República, Santa Cecília, Liberdade e Consolação. Apesar da diminuição recorrente, desde os anos 1980, a última década enfatiza modificações que devem ser consideradas com atenção:

As áreas centrais da cidade de São Paulo voltaram a ganhar população na última década, entre 2000 e 2010. Os resultados do Censo 2010 mostram o aumento no número de moradores nos distritos que fazem parte da subprefeitura da Sé em contraponto com as perdas de residentes verificadas nos censos anteriores (Kohara, 2013, p. 71).

Os fatores que podem ter colaborado para esse crescimento estão relacionados ao fato de ser a região mais antiga da cidade, fruto de investimento público anterior, infraestrutura e acesso a serviços públicos com maior facilidade do que em outras regiões da cidade, além da concentração de empregos. Kohara (2013, p. 79) levanta a hipótese sobre o repovoamento destacado no período impulsionado pela tentativa da classe média de escapar dos congestionamentos, procurando residir nas áreas centrais, próximas ao trabalho.

De acordo com dados do Censo 2010, houve um aumento populacional de 65.485 habitantes no centro histórico, com relação ao Censo 2000, aumento distribuído em todos os distritos administrativos que compõem a região central.

Em análise do repovoamento das áreas centrais, no período entre os censos 2000 e 2010, Kohara (2013) aponta características importantes desse crescimento, como o aumento da população adulta em todos os distritos; e idosa em quase todos os distritos, com exceção da Sé. Outro fator importante é o aumento de domicílios cujo responsável tem baixa renda.

No Centro Histórico como um todo, o conjunto de domicílios com responsáveis de baixa renda, inseridos naquela classe até 3 salários-mínimos, correspondia a 14,2% do total de domicílios particulares em 2000; em 2010 esse percentual passou a ser 36,4% (Kohara, 2013, p. 86).

Portanto, evidencia-se um aumento significativo de moradores com baixa renda na região, fator que deve ser considerado ao planejar intervenções de políticas públicas na região, tendo em vista a tendência de popularização das condições domiciliares. Outra questão importante é a manutenção dos cortiços que representam 5,1% do total distrital de domicílios particulares permanentes, sendo Santa Cecília o distrito com o maior número (Kohara, 2013, p.107).

A pandemia da COVID19¹⁵, até junho de 2023, vitimou fatalmente no Brasil mais de 703 mil pessoas¹⁶ e 37 milhões de pessoas infectadas em um país caracterizado por altos índices de desigualdade social, considerado o nono país mais desigual do mundo. O contexto pandêmico evidencia as condições de desigualdade no território brasileiro quando impacta, de formas e intensidades distintas, a população nos seus variados níveis socioeconômicos e com desiguais condições de adoecimento e acesso aos serviços de saúde.

De acordo com o Boletim Desigualdade nas Metrôpoles, divulgado em 2022, pelo Observatório das Metrôpoles, o comportamento da maioria das Regiões Metropolitanas foi de queda brusca da média de rendimentos no período:

Entre 2020 e 2021 mais de 3,8 milhões de brasileiros residentes nas metrôpoles brasileiras entraram em situação de pobreza, registrando 19,8 milhões de pessoas no conjunto das Regiões Metropolitanas, o maior valor da série histórica. Esse contingente representa 23,7% da população metropolitana e corresponde a um aumento de 7,2 milhões de pessoas em relação a 2014, quando aquele contingente representava 16% da população (Observatório das metrôpoles, 2022, p. 3).

Em São Paulo, a média de rendimentos caiu de R\$ 2.353, em 2019, para R\$ 2.201, em 2020, e R\$ 2.053, em 2021¹⁷. Na capital paulistana, a pandemia

¹⁵ A Covid-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global. (disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus>)

¹⁶ Dados do dia 10/06/2023 disponíveis em <https://covid.saude.gov.br/>.

¹⁷ Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE). Tabulação própria. Nota: (*) Calculado a partir da renda domiciliar per capita (valores constantes, 2022 / IPCA) (Observatório, 2022, pag 34)

de Covid-19 ensejou um agravamento da crise econômica, com aumento significativo de pessoas em situação de rua por toda a cidade, mas de maneira mais significativa no Centro da capital. Com vários estabelecimentos comerciais fechados e algumas instituições em momento crítico, a pandemia enfraqueceu estratégias de solidariedade no território.

De acordo com Talhari et al. (2022), no começo de 2022, a região conhecida como Cracolândia, em decorrência da concentração de pessoas usuárias de *crack*, passou por uma migração. Localizada há anos nas imediações da Estação Júlio Prestes, se deslocou de maneira aparentemente espontânea, para a praça Princesa Isabel. “Tal deslocamento ensejou ações policiais para desfazer essa nova concentração, o que provocou o espalhamento de usuários, ao redor de novos fluxos, para ruas adjacentes no sentido da avenida São João” (Talhari, 2022, p. 3). Em maio de 2022, a Prefeitura de São Paulo realizou ação policial para a remoção¹⁸ das pessoas em situação de rua, alocadas na praça Princesa Isabel, que passaram a ocupar as imediações do bairro Campos Elíseos.

O bairro Campos Elíseos, no centro de São Paulo, é um território marcado por constantes intervenções urbanas sob o pretexto de revitalização da área e de diminuir o contingente da população em situação de rua e dos dependentes químicos na região. Desde 2018, o bairro tem sido alvo de grandes projetos urbanos, baseados em Parcerias Público-Privadas (PPP), destinadas à construção de um hospital e de empreendimentos de habitação de interesse social, gerando, para isso, remoções forçadas e deslocamentos involuntários da população que ali reside. Desconsiderando a pandemia da Covid-19, esse processo foi intensificado no ano de 2020 (Pieve et al., 2021).

O contexto pandêmico intensifica a vulnerabilidade da região central de São Paulo. A produção de séries quinzenais sobre a Covid-19, trazida pelo LabCidade¹⁹, com mapas epidemiológicos, indicou que a região central da

¹⁸ <https://jornalistaslivres.org/praca-princesa-isabel-em-sp-vira-parque-e-passa-a-ser-cercada/>

¹⁹ Laboratório de pesquisa e extensão da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo. Tem como foco de atuação o acompanhamento crítico das políticas urbanas e habitacionais, particularmente em São Paulo e em outras regiões metropolitanas brasileiras, assim como a intervenção direta no debate público a respeito das mesmas e ações desenvolvidas em rede com parceiros, tanto com grupos de pesquisa de outras universidades do país, como com ONGs, coletivos, escritórios modelo e de assistência técnica, entre outros. (disponível em <http://www.labcidade.fau.usp.br/entenda-o-labcidade/>)

cidade de São Paulo, especificamente os bairros: Santa Cecília, Vila Buarque, Santa Efigênia e Campos Elíseos, persistiram como local crítico de disseminação da doença ao longo de todo o período, e a disseminação para às áreas mais periféricas começou a ganhar força a partir da segunda quinzena de julho de 2020.

A pandemia acentuou o processo de degradação do centro, que se desenrola há décadas. Na pós-Covid²⁰, as ruínas ficaram ainda mais evidentes, com comércio de portas fechadas e cenas abertas de conflito extremo e presença ostensiva de policiais militares e guardas-civis metropolitanos.

Diante dessa demanda heterogênea, formada e modificada ao longo dos anos, na capital paulista, é imperiosa a necessidade de novas formas de análise, intervenção e abordagem sobre a saúde dessa população, com vistas à questão urbana e ambiental, considerando as peculiaridades e especificidades apresentadas em cada distrito e segmento populacional.

A apropriação das especificidades do Centro de São Paulo permitirá a compreensão dos desafios para a efetivação das políticas sociais nesse local, com destaque à PMAIPSA a ser trabalhada no próximo capítulo.

²⁰ A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em 5/05/2023, em Genebra, na Suíça, o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à COVID-19. (Disponível em <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional>)

CAPÍTULO 4 - QUEM SÃO OS SUJEITOS SOCIAIS QUE ACUMULAM OBJETOS E/OU ANIMAIS? CONHECER PARA INTERVIR ATRAVÉS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

4.1 Situação de acumulação de objetos e/ou animais na perspectiva das políticas públicas no Brasil

Conforme apresentado no primeiro capítulo, as situações de acumulação de objetos e/ou animais ganharam destaque no cenário mundial a partir de 1947, com o primeiro caso, dos irmãos Collyer, divulgado pela mídia norte-americana e a primeira pesquisa científica publicada anos depois, já na década de 1960. Desde então, identifica-se a abordagem da temática com vistas à culpabilização dos sujeitos, patologização da situação e atenção voltada para o acúmulo de objetos e/ou animais, considerando o descarte dos materiais ou a retirada dos animais como solução do problema apresentado.

Antes da publicação do DSM-5, em 2013, os estudos internacionais sobre a prevalência do Transtorno de Acumulação indicavam taxas em torno de 2 a 4%, com aumento de até 6% em indivíduos acima de 55 anos. No primeiro estudo epidemiológico, realizado após a publicação de 2013, no Reino Unido, a prevalência estimada foi de 1,5% em ambos os sexos. No Brasil, uma pesquisa publicada em 2017, realizada em Curitiba-PR, com as situações registradas através de denúncias aos órgãos públicos municipais, mostrou uma taxa de 6,45 acumuladores/100.000 habitantes (Stumpf et al., 2018).

Identifica-se que o cenário das políticas públicas para o atendimento a essas demandas, no Brasil, ainda é incipiente. No contexto federal, está em tramitação o Projeto de Lei 3995/2021, com última atualização em março/2023, quando encaminhado à Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. O texto apresenta como base de argumentação a definição publicada no DSM-5 e “dispõe sobre a identificação, prevenção e tratamento dos casos de Transtorno de Acumulação, no âmbito da atenção à saúde e do meio ambiente”.

Quanto aos estados brasileiros e suas respectivas capitais, o quadro/sinopse, abaixo, demonstra o levantamento das legislações correlatas:

Quadro 1 – Legislação – pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais

ESTADO	LEGISLAÇÃO OU PROJETO DE LEI ESTADUAL	LEGISLAÇÃO OU PROJETO DE LEI NA CAPITAL DO ESTADO
Mato Grosso	Projeto de Lei nº 84/2021 - Institui a Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação (Síndrome de Diógenes). VETADO EM 03/02/2023	não identificado
Rio de Janeiro	Lei nº 9.973, de 12 de janeiro de 2023 – Estado do Rio de Janeiro. Institui A Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação (Síndrome de Diógenes), e dá outras providências.	Lei nº 7.268, de 18 de março de 2022. Cria o Programa de Atenção às Pessoas Portadoras do Transtorno de Acumulação Compulsiva de Animais no Município e dá outras providências. Rio de Janeiro
São Paulo	Projeto de Lei nº 885/2023. Dispõe sobre a Política Estadual de Cuidados às Pessoas Portadoras de Transtorno de Acumulação Compulsiva de Animais e dá outras providências.	Decreto 57570/2016. Institui a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação.
Alagoas	Projeto de Lei nº 885/2023 26/05/2023. Dispõe sobre a Política Estadual de Cuidados às Pessoas Portadoras de Transtorno de Acumulação Compulsiva de Animais e dá outras providências.	não identificado
Mato Grosso do Sul	Projeto de Lei 318/2021 Mato Grosso do Sul. Dispõe sobre a Política Estadual de Cuidados às Pessoas Portadoras de Transtorno de Acumulação Compulsiva de Animais e dá outras providências. Arquivado em 08-03-2023.	não identificado
Distrito Federal	Lei nº 5.502, de 16 de julho de 2015. Estabelece regras para divulgação, orientação e tratamento da patologia Síndrome de Diógenes, conhecida como acumulação compulsiva, e dá outras providências.	não identificado
Amazonas	Projeto de Lei nº 555 de 2023. Institui a Política Estadual de Cuidados às Pessoas com Transtorno de Acumulação Compulsiva de Animais.	não identificado
Bahia	não identificado	Lei nº 9724/2023. Institui a Política Municipal de Apoio e Atenção às Pessoas Portadoras do Transtorno de Acumulação Compulsiva no Município de Salvador

Ceará	não identificado	Lei Ordinária nº 11.164, de 22 de setembro de 2021 Dispõe sobre a Semana Municipal de Conscientização do Transtorno da Acumulação de Animais, a ser realizada na última semana de outubro, na forma que indica.
Minas Gerais	não identificado	Nota técnica assistencial conjunta 008/2022 e protocolo: abordagem e acompanhamento do usuário portador de transtorno de acumulação 2022
Paraná	não identificado	Projeto de Lei nº 005.00038.2020 de 12/03/202. Institui a Política Municipal de Atenção às Pessoas Portadoras do Transtorno de Acumulação Compulsiva no Município de Curitiba e dá outras providências. Arquivado em 21/04/2021
Acre	não identificado	não identificado
Amapá	não identificado	não identificado
Sergipe	não identificado	não identificado
Tocantins	não identificado	não identificado
Espírito Santo	não identificado	não identificado
Goiás	não identificado	não identificado
Maranhão	não identificado	não identificado
Pará	não identificado	não identificado
Paraíba	não identificado	não identificado
Pernambuco	não identificado	não identificado
Piauí	não identificado	não identificado
Rio Grande do Norte	não identificado	não identificado
Rio Grande do Sul	não identificado	não identificado
Rondônia	não identificado	não identificado
Roraima	não identificado	não identificado
Santa Catarina	não identificado	não identificado

Fonte: Sites oficiais dos governos estaduais. Levantamento realizado no período de 25/07/2023 a 01/08/2023

O levantamento foi realizado no período de 25/07/2023 a 01/08/2023, através de consulta aos sítios eletrônicos oficiais dos estados e de suas capitais, onde constam as legislações. Com base em consulta aos bancos de dados das legislações dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, através de busca das normativas em vigor ou projetos de lei que envolvam os temas: “situação de acumulação”, “Síndrome de Diógenes”, “transtorno de acumulação” ou “acumulação compulsiva”, foi possível identificar que apenas seis estados e o Distrito Federal possuem algum tipo de normativa sobre a problemática. Desses

sete, somente o estado do Rio de Janeiro e o Distrito Federal estão com leis vigentes e o restante com projetos de lei em tramitação ou vetados.

Os estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, que possuíam projetos de lei em andamento, desde 2021, tiveram os processos arquivados no 1º semestre de 2023. Já nos estados de Alagoas, Amazonas e São Paulo, as propostas seguem em tramitação.

O levantamento também consultou as legislações das capitais dos estados brasileiros e constatou que seis capitais têm ou tiveram algum tipo de normativa acerca das situações de acumulação, vigente, em processo de efetivação ou vetada. As capitais dos estados do Rio de Janeiro, Bahia e Ceará contam com leis. Em Belo Horizonte, há uma Nota Técnica, de 2022, e protocolo de abordagem e acompanhamento aos denominados “portadores de transtorno de acumulação” (Belo Horizonte, 2022). A capital paulista é a pioneira dentre as legislações vigentes, com o Decreto municipal publicado, em 2016. Já Curitiba, capital do estado do Paraná, teve projeto de lei em andamento em 2020, vetado no ano seguinte.

Dentre as treze normativas apresentadas, identifica-se que apenas sete foram aprovadas, sendo duas leis estaduais, três leis municipais, em capitais, um decreto e uma norma técnica. Das normas vigentes, duas são específicas para o acúmulo de animais, não contemplando a acumulação de objetos.

Destacam-se ainda as particularidades quanto à abordagem do tema, conforme descrito no quadro acima, as nomenclaturas utilizadas são heterogêneas: “Pessoas em Situação de Acumulação – Síndrome de Diógenes”; “pessoas Portadoras do Transtorno de Acumulação Compulsiva de Animais”; “patologia Síndrome de Diógenes, conhecida como acumulação compulsiva”; “Pessoas Portadoras do Transtorno de Acumulação Compulsiva”; “Pessoas em Situação de Acumulação”.

A presente análise permite evidenciar as diversas formas de abordagem da problemática referente às situações de acumulação de objetos e/ou animais trazidas pelas normativas. Em dado documento, em uma perspectiva mais crítica, considerando os fatores de saúde, sociais e ambientais que o envolvem, em outro limitando as normativas ao contexto da patologia, apresentada pelo transtorno de acumulação. Percebe-se que, além da indefinição quanto aos conceitos, para a construção de políticas públicas efetivas, é fundamental a

obtenção de informações/levantamentos epidemiológicos oficiais que possam mapear as situações e mensurar a dimensão dessa expressão da questão ambiental e urbana na realidade social.

Como forma de aprofundamento e contribuição, com vistas à construção de políticas sociais que possam ser efetivas no atendimento às situações de acumulação de objetos e/ou animais, apresenta-se, a seguir, a conjuntura da política de saúde na cidade de São Paulo.

4.2 Um olhar para o território: a Política de saúde na cidade de São Paulo

Discorrer sobre a saúde pública da maior cidade do país remete a uma reflexão anterior sobre a saúde no Brasil, sobretudo a partir do Sistema Único de Saúde. Traçando um panorama histórico-crítico da política de saúde, a partir da década de 1980, destaca-se a disputa de propostas entre os dois projetos sanitários em confronto: o Projeto de Reforma Sanitária - construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Federal de 1988 - e o Projeto Privatista neoliberal da saúde, que se torna hegemônico a partir da segunda metade da década de 1990 e que se mantém hegemônico no século seguinte.

No Brasil, as ações relacionadas à saúde foram diferentes em cada tempo histórico. Os primeiros registros da política de saúde como atendimento à população eram filantrópicos, posteriormente, restritos aos trabalhadores formais e aos possuidores de renda suficiente para pagamento dos serviços. Na cidade de São Paulo, assim como no âmbito nacional, a política de saúde mostra-se pontual e focalizada, com ações de saúde pública voltadas ao controle sanitário das epidemias. Vale ressaltar que essas mudanças na política de saúde acompanharam o movimento histórico de cada época e são expressões das lutas sociais que pressionam o Estado a organizar respostas públicas às demandas sociais da classe trabalhadora.

Aprovada em tempos de redemocratização da sociedade, momento em que o país estava tomado por um forte e amplo movimento no âmbito da sociedade civil, a Constituição Federal de 1988 refletiu a disputa de hegemonia, presente naquele momento e, pela primeira vez, na história do país, introduziu o

conceito de Seguridade Social como direito, colocando-a sob responsabilidade do Estado.

Considera-se que houve significativo avanço quanto à garantia de direitos sociais no 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 ela 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 (Behring; Boschetti, 2009, p. 144).

O Movimento de Reforma Sanitária, iniciado no final da década de 1970, teve fundamental contribuição para a efetivação da política de saúde na Carta Magna de 1988. O referido movimento se constituiu na fase inicial por profissionais da saúde e, posteriormente, passou a agregar vários movimentos e diferentes sujeitos, para além dos profissionais da área da saúde ou usuários de tal política. O Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), primeiro protagonista institucionalizado do movimento (Neto, 1997), cumpriu um papel relevante de difusão e ampliação do debate em torno da saúde e da democracia. Juntamente com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), por meio da promoção de inúmeras atividades - publicações, encontros, seminários e simpósios –, contribuiu para iniciar a sistematização de uma proposta alternativa ao modelo médico-assistencial privatista que era hegemônico nos anos 1970 (Mendes, 2005).

Conforme Bravo (2008), as principais propostas debatidas pelo movimento versavam sobre a:

[...] universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (Bravo, 2006, p. 96).

A reforma sanitária foi responsável por trazer alguns aspectos fundamentais: primeiramente, um conceito abrangente de saúde, sendo esta uma

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Ministério da Saúde, 1986, p. 12).

O segundo aspecto refere-se à reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único que tem como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com comando único em cada instância federativa e a participação popular (Mendes, 1999). Outra característica importante diz respeito à emergência da saúde como um direito de cidadania e como dever do Estado. De acordo com Teixeira (1989), o texto constitucional, com relação à saúde, tem como principais avanços o direito universal à saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes, as ações e serviços de saúde passaram a ser consideradas como dever do Estado. O SUS integra através da rede de atendimento todos os serviços de forma hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade. “A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas” [...] (Teixeira, 1989 *apud* Bravo, 2006, p. 97).

A luta pela saúde não esteve isenta de embates. Os defensores de um conceito de saúde integral, vinculado às condições de vida e trabalho da população se depararam com os “fortes interesses econômicos do setor privado, a exemplo da Federação Brasileira dos Hospitais e da indústria farmacêutica, que conseguiram lamentavelmente assegurar sua participação no Sistema Único de Saúde (SUS), com acesso, portanto, aos recursos públicos” (Mendes, 1999, p. 145).

De acordo com a Constituição Federal, a saúde deve ser vista de forma ampliada, uma vez que é um direito humano fundamental, com caráter social e universalista. Nesse sentido, concebe-se a saúde como um processo que, portanto, vai para além do binômio saúde/doença. E ao se inscrever na Carta Magna que, “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, confere-se às ações

e aos serviços de saúde uma relevância pública, devendo o Estado regulamentá-los, provê-los, fiscalizá-los e controlá-los.

Portanto, o Sistema Único de Saúde, enquanto conquista política da classe trabalhadora, se construiu pautado sobre princípios e diretrizes, que conferem uma organização descentralizada do modelo assistencial, na qual a saúde é pensada por região, considerando as questões epidemiológicas e sua relação com as condições socioeconômicas. Esse modelo, por conseguinte, acaba por compreender que o processo de adoecimento da população ocorre de maneira diferenciada, em que as especificidades intraterritoriais devem ser consideradas.

O modelo de assistência à saúde, previsto pelo SUS, requer a descentralização dos serviços e, conseqüentemente, confere uma responsabilidade e atuação mais ampla aos municípios, com competências e atribuições específicas dos diferentes níveis de governo, já que a cada um corresponde um nível de abrangência territorial.

Tal modelo de descentralização é fundamental para o planejamento de ações, de acordo com as especificidades de cada território. As situações vivenciadas em uma metrópole como São Paulo decorrem de seu processo de urbanização, e possuem características que exigem da gestão um olhar que possa "captar as desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais da população, em seus diferentes espaços (Silva, 2004, p. 12), pois existe grande diferenciação entre as condições de vida da população com relação aos demais municípios e no interior do seu próprio território, nos diversos distritos administrativos.

Quanto à municipalização, Vasconcelos e Pasche (2006) destacam que a descentralização, com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde, se constituiu na mudança mais significativa no aspecto político-administrativo da reforma do Sistema de Saúde no Brasil. As normativas apontavam com clareza que a base do sistema de saúde seria municipal ao atribuir ao município a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços.

A Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o artigo 196 da CF, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como rege a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes ao SUS. "Os

princípios e diretrizes passam a constituir as regras pétreas do SUS, apresentando-se como linhas de base às proposições de organização do sistema" (Vasconcelos; Pasche, 2006, p. 535).

Nesse sentido, têm-se como princípios que conferem legitimidade ao sistema: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência que pauta a articulação entre os serviços e a equidade através da preservação da autonomia dos indivíduos, igualdade; e a garantia de acesso à informação de forma a potencializar os serviços oferecidos. A universalidade, segundo Vasconcelos e Pasche (2006), assegura o direito à saúde sem discriminação ao conjunto de serviços e ações de saúde, ofertados pelo sistema. Essa perspectiva propõe oferta a todos os cidadãos, desde vacinas até cirurgias complexas, diferente do modelo anterior, ao qual tinham acesso apenas os cidadãos com vínculos previdenciários.

A integralidade considera as diversas peculiaridades da saúde e as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os sujeitos e as coletividades. Pressupõe também a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação. Tal princípio amplia a qualificação dos serviços em todas as dimensões, das mais simples às mais complexas, na gama de ações perpassadas pela prevenção, promoção e reabilitação da saúde.

A equidade no acesso à saúde é justificada pela prioridade na oferta de serviços e ações aos segmentos populacionais em maior risco de adoecer, devido às condições de vida decorrentes da desigualdade social. Elencado como um dos princípios do SUS, o direito à informação busca garantir aos cidadãos conhecimento sobre sua saúde individual e coletiva, "atribuindo aos profissionais e gestores a responsabilidade pela viabilização desse direito" (Vasconcelos; Pasche, 2006, p. 536).

Dados os princípios do SUS, a forma de gestão para sua efetivação é evidenciada pelas diretrizes organizativas que se articulam e se complementam com os princípios. As diretrizes visam imprimir racionalidade ao funcionamento do sistema, destacando-se a descentralização com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações da saúde. Outra diretriz importante é a regionalização, relacionada diretamente com a descentralização, conforme Vasconcelos e Pasche (2006), seu objetivo constitui-se em alocar de forma

racionalizada e equânime os recursos no território, com base na distribuição da população, proporcionando, assim, a integração das ações assistenciais.

A hierarquização refere-se aos níveis de atenção e a organização do sistema a fim de otimizar essas relações. Outra diretriz pertinente ao funcionamento do SUS é a integração das ações e recursos, com base no planejamento. Essa diretriz tem intrínseca relação com o princípio da integralidade, em que o sistema necessita fornecer condições de continuidade do cuidado, de forma integrada, em todos os níveis de atenção. O processo de gestão e planejamento é imprescindível para a condução racional do sistema.

Para garantir o controle social no âmbito da política, a diretriz da participação comunitária, regulamentada pela Lei nº 8142/1990, vem efetivar esse espaço de controle social público na busca de uma democracia participativa, através das instâncias deliberativas dos Conselhos e Conferências de Saúde, realizadas nas três esferas de governo.

A realidade da saúde pública, na cidade de São Paulo, logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, é configurada pela administração democrático-popular da prefeita Luiza Erundina, responsável pela gestão de 1989 a 1992 e, à época, vinculada ao Partido dos Trabalhadores (PT). No início dessa gestão, o Sistema Único de Saúde encontrava-se apenas no plano legal, de acordo com Junqueira (2002), com os secretários estaduais de saúde temendo perder o poder e, por isso, frearam o processo de municipalização e, por conseguinte, a efetivação do SUS no município.

Diante da situação apresentada à nova gestão municipal, algumas medidas foram tomadas para a viabilização da implantação do SUS, dentre elas a aquisição de material e serviços de emergência; a contratação imediata de recursos humanos, seguida de concursos públicos; a integração dos serviços ambulatoriais e hospitalares em sistema municipal único, subdividido por regiões e distritos, considerando a necessidade de regionalização; a estruturação dos conselhos a fim de garantir a democratização da gestão, instituindo, ainda em 1989, o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Gestores locais.

O processo de descentralização foi materializado pela divisão do município em Distritos de Saúde, inicialmente composto por cinco distritos e, ao final da gestão, somavam trinta e dois, em sua maioria com unidade orçamentária, característica importante para a agilidade da administração dos

serviços, materiais, equipamentos e movimentação de pessoal. Foram realizados mais de 50 concursos, e a competência dos distritos quanto ao manejo dos processos de seleção e contratação de pessoal era inquestionável (Junqueira, 2002, p. 33).

A descentralização, a partir da formação de distritos, sofreu resistências internas no governo quanto à sua pertinência, bem como de hospitais com relação à subordinação aos diretores distritais, tendo em vista o modelo hospitalocêntrico, as unidades hospitalares se recusavam a prestar contas aos respectivos distritos regionais.

A municipalização da saúde, em São Paulo, de acordo com Junqueira (2002), encontrou resistência da Secretaria Estadual de Saúde. Mesmo com dificuldades, cerca de 50 UBS estaduais foram repassadas à SMS até o final da gestão. As ações de vigilância realizadas pela Vigilância Epidemiológica e Sanitária suscitaram discussão que resultou na incorporação do termo Vigilância em Saúde, na perspectiva de integralidade, o envolvimento nas ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos não se dissociada da assistência e reabilitação, conforme preconizado no SUS.

Os anos seguintes de gestão municipal, compreendidos entre 1993 e 2000, foram marcados por uma reorganização da atenção à saúde, que dividiu o município em módulos assistenciais, gerenciados por cooperativas privadas. Após três anos de desmonte da rede municipal de saúde, a proposta do então prefeito Paulo Maluf foi aprovada em Lei Municipal nº11.866, de 13 de setembro de 1995, e implantada em janeiro do ano seguinte.

O Plano de Atendimento à Saúde - PAS limitava-se ao atendimento de casos mais comuns, com triagem realizada nos serviços e encaminhamentos aos hospitais estaduais filantrópicos.

O modelo assistencial adotado era totalmente centrado na equipe formada pela tríade médico - enfermeiro - auxiliar de enfermagem, já que a composição de uma equipe multiprofissional completa encareceria os custos, diminuindo a remuneração percebida pelos profissionais. A ênfase foi colocada sobre a assistência individual, de atendimento da queixa. [...] configurando o que foi denominado pelo ex-prefeito Maluf como um verdadeiro "plano de saúde dos pobres". (Junqueira, 2002, p. 36)

O PAS, além de elevar os gastos públicos municipais na área da saúde, foi um Plano ligado ao projeto privatista, atuando como um boicote ao SUS que, em âmbito nacional, vinha sendo implantado e que, em São Paulo, foi efetivado somente na década seguinte.

Durante a vigência do PAS, as ações de prevenção e promoção à saúde foram praticamente desprezadas, com consequente desatenção à saúde mental, tuberculose, problemas de saúde crônicos, dentre outros. O investimento na atenção básica veio do governo estadual:

Vale notar que, em 1995, Adib Jatene, então ministro da Saúde, Jose da Silva Guedes, da Secretaria Estadual da Saúde¹¹, e Davi Capistrano, médico que havia sido prefeito de Santos, se reuniram para apoiar a implementação de um programa piloto de saúde da família nas periferias da cidade de São Paulo. O programa recebeu o nome de Qualis e foi implementado com a participação de organizações não governamentais. Nesse programa, equipes formadas por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde se responsabilizam por cuidar de até mil famílias. (Coelho, 2014, p.144)

O PAS significou um retrocesso na implantação do Sistema Único de Saúde em São Paulo, considerando que os princípios e as diretrizes preconizadas no SUS são ignorados durante a vigência do Plano.

A gestão seguinte, sob o comando da prefeita Marta Suplicy, abriu a possibilidade de recomeçar a implantação do SUS, em 2001, com proposta de reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a Política Nacional de Saúde, com o objetivo de reformulação do modelo de atenção à saúde e rearticulação da participação social, de acordo com Silva (2004, p. 21):

Essa tarefa foi iniciada pelo deputado federal Eduardo Jorge, que assumiu o comando da Secretaria Municipal de Saúde, em 2001, e esteve à sua frente até fevereiro de 2003. De início, foram estabelecidas cinco grandes frentes de atuação: a reconstrução da SMS; a distritalização; a municipalização; a modernização gerencial; e a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização da atenção básica.

A municipalização teve como ponto de partida a rearticulação com as redes estadual e federal. Aos poucos, as UBS, que estavam sob a administração estadual, chamadas de PSF/Qualis, ou no módulo PAS, passaram para a administração direta e, logo, em 2001, o município passa a obter Gestão Plena

da atenção básica e, portanto, contando com recurso financeiro relacionado ao Piso da Atenção Básica (PAB) direcionado a esse módulo de gestão, de acordo com o SUS.

Percebe-se que a administração municipal, naquela gestão, prioriza o reordenamento do SUS, sobretudo com relação à efetivação das ações na atenção básica, com implantação efetiva do PSF, viabilizada através de parceria com as instituições filantrópicas. As ações de Vigilância em Saúde permanecem realizadas parcialmente pelo município, com a maioria das atividades efetuada no âmbito estadual.

Na gestão Serra-Kassab, iniciada em 2005, uma das primeiras medidas adotadas foi a redução das Coordenadorias de Saúde, antes ligadas a cada subprefeitura e, na nova gestão, reduzidas a cinco Coordenadorias Regionais de Saúde: Centro-Oeste, Norte, Leste, Sul e Sudeste, as quais permaneceram na gestão do prefeito Gilberto Kassab, subordinadas à SMS, com o objetivo de promover maior integração entre a rede básica e a hospitalar (Kayano, 2007, p.13).

A lei que aprova o contrato com as OS formaliza a relação já existente de convênios entre a prefeitura e as instituições sem fins lucrativos.

A gestão Kassab se estendeu até 2008, no primeiro mandato, e posteriormente, em seu segundo mandato, de 2009 a 2012. Nesse período, a rede de atendimento à saúde foi ampliada:

[...] através de duas estratégias: contratação direta de profissionais e, no caso do PSF, contratação indireta, através do estabelecimento de convênios e contratos de gestão com organizações privadas não lucrativas (Organizações Sociais de Saúde - OSSs). (Coelho; Szabzon; Dias, 2014, p.147)

O investimento municipal na ampliação dos contratos de gestão, segundo Coelho, Szabzon e Dias (2014), imprimiu mudanças consideráveis no perfil do sistema público municipal:

Essas mudanças de rota fizeram com que, entre 2005 e 2008, alterações importantes tivessem lugar no perfil do sistema público de saúde municipal. A cidade assistiu a partir de 2008 a uma forte expansão das AMAs e ao crescimento das consultas de urgência e emergência em todas as regiões. Dois hospitais municipais foram inaugurados na periferia, passando a ser geridos por OSSs. (Coelho; Szabzon; Dias, 2014, p.147)

Destaca-se, nesse contexto, pressões do setor privado na saúde municipal, retornando a um modelo hospitalocêntrico, com investimento em serviços curativos em detrimento da valorização da atenção básica proposta pelo SUS.

Em 2008, no início do segundo mandato, Kassab permanece na ampliação das parcerias público-privadas. Coelho, Szabzon e Dias (2014) evidenciam que as OS passaram a ser contratadas para fazer o gerenciamento tanto de equipamentos de saúde, como de microrregiões de saúde, enfatizando o modelo privatista e fragmentado da política no âmbito municipal. Já nas Parcerias Público-Privadas, os concessionários privados deveriam investir na construção de infraestrutura de saúde, em troca de concessão para exploração de determinados serviços, como, por exemplo, limpeza, por tempo determinado.

Na gestão Fernando Haddad, 2013-2016, de acordo com o plano de metas para o período, divulgado pelo governo, um dos objetivos seria "ampliar o acesso, aperfeiçoar a qualidade, reduzir as desigualdades regionais e o tempo de espera e fortalecer a atenção integral das ações e serviços de saúde" (PMSP/SMG/SP, 2013, p. 28).

Nos dois primeiros anos de gestão, destacam-se a articulação e o desmembramento da Coordenadoria Centro-Oeste em duas, ficando a região Centro compondo a sexta Coordenadoria Regional de Saúde, dada a especificidade da região, a qual tem sido destacada nesta pesquisa. A região Centro, devido à sua configuração territorial, com características distintas das demais regiões, pressupõe planejamento e ações em saúde específicas.

A lógica do projeto privatista, com um crescente repasse às OSS, permanece na gestão de João Dória e Bruno Covas, no período de 2017 a 2020. De acordo com os dados do orçamento da saúde, em São Paulo, disponíveis no Portal de Transparência da prefeitura, em 2017, o orçamento previsto foi R\$ 2,7 bilhões, mas o executado foi R\$ 3,6 bilhões (35,5% maior). Já em 2018, a previsão de R\$ 2,7 bilhões e gasto real de R\$ 3,4 bilhões (26,9%). Em 2019, a diferença foi um pouco menor, de 13,2%, mas, em 2020, apesar da suspensão de quase todas as consultas não relacionadas à pandemia de Covid-19, a diferença foi de 31,3%.

A reeleição do prefeito Bruno Covas para a gestão 2021-2024 mantém o projeto dos últimos anos. Em maio de 2021, com o falecimento de Covas,

Ricardo Nunes assume a prefeitura de São Paulo. Em 2021, o valor empenhado com ações e serviços de saúde foi de R\$ 11,8 bilhões e destes, R\$ 10,6 bilhões destinados às OSS (Correia; Mendes, 2023), portanto seguindo a lógicas das parcerias com o setor privado.

Portanto, é nessa conjuntura política e social que se encontra a Política Municipal de Atenção Integral de Pessoas em Situação de Acumulação-PMAIPSA na cidade de São Paulo.

4.4 Política Municipal de atenção integral às pessoas em situação de acumulação – Decreto 57.570/2016

A cidade de São Paulo, pioneira na publicação de política pública para atendimento às situações de acumulação de objetos e/ou animais, iniciou as discussões mais ampliadas em 2014, com a realização do 1º SePminário sobre acumulação, intitulado “Desconstruindo preconceitos e construindo políticas públicas”, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde. Aliado a essas articulações, no mesmo ano, foi instaurado pelo Ministério Público do Estado, um Inquérito Civil nº 1415/14 – MP/SP para apuração da Política Pública de Tratamento para “Portadores de Transtorno de Acumulação”. O inquérito desencadeou a publicação da Portaria Municipal nº 1.575, de 19 de outubro de 2015, que instituiu:

O Comitê Intersecretarial de Enfrentamento do Transtorno de Acumulação, no âmbito do Município de São Paulo, com a atribuição de formular e acompanhar a implantação da Política de Atendimento às pessoas com Transtorno de Acumulação e outros casos em que seja observada a acumulação de objetos e animais, com potencial risco à saúde individual e coletiva (São Paulo, 2015).

Esse Comitê, formado por representantes das secretarias municipais de Saúde, Assistência e Desenvolvimento Social, Verde e Meio Ambiente, Direitos Humanos, Limpeza Urbana e subprefeituras, teve como atribuição a elaboração de um Decreto Intersecretarial que contemplasse o atendimento às pessoas em situação de acúmulo de objetos e/ou animais de maneira integral.

Diante dessa problemática, em 28 de dezembro de 2016, foi publicado, no Diário Oficial do Município, o Decreto nº57.570 (**anexo 02**), que institui a

Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação. A partir desse Decreto, foi implementado em cada região da cidade, vinculado ao território das subprefeituras, o Comitê Regional de Atenção às pessoas em situação de acumulação – CRASA, conforme artigo 6º do Decreto:

Art. 6º Deverá ser constituído o Comitê Regional de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação – CRASA em cada Subprefeitura, que terá a seguinte composição:

- I – 1 (um) representante do Distrito de Saúde, da Coordenadoria Regional de Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde;
- II – 1 (um) representante da área de Saúde Mental, do Distrito de Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde;
- III – 1 (um) representante da Unidade de Vigilância em Saúde, do Distrito de Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde;
- IV – 1 (um) representante da Supervisão de Assistência Social, da Secretaria Municipal de Assistência Social;
- V – 1 (um) representante da Subprefeitura.

Nesse contexto, o CRASA Centro, assim como os demais Comitês Regionais da cidade, tem o papel de articular e acompanhar as situações de acúmulo de objetos e/ou animais no território, com o objetivo de garantir a atenção integral à saúde das pessoas em situação de acumulação, considerando o seu bem-estar físico, mental e social e a adoção de medidas de prevenção de doenças e proteção da saúde individual e coletiva.

O Decreto delinea a responsabilidade de cada setor envolvido, considerando os objetivos da Política:

Art. 4º São objetivos da Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação:

- I – garantir a atenção integral à saúde das pessoas em situação de acumulação, objetivando o seu bem-estar físico, mental e social e a adoção de medidas de prevenção de doenças e proteção da saúde individual e coletiva;
- II – fortalecer a articulação das ações de vigilância e assistência à saúde e contribuir para a organização e qualificação dos serviços da rede de atenção à saúde, objetivando a integralidade do cuidado, bem como o apoio matricial para a gestão do trabalho em saúde;
- III – estabelecer as medidas de intervenção necessárias e os órgãos competentes pela sua execução no atendimento às pessoas em situação de acumulação, visando ampliar a capacidade de intervenção e resolutividade, mediante uma atuação interdisciplinar, intersetorial e integrada;

IV – garantir a formação e educação permanente de profissionais e gestores para planejamento e execução das ações e serviços necessários ao atendimento às pessoas em situação de acumulação;

V – promover o engajamento da família e da comunidade próxima no apoio à pessoa em situação de acumulação, visando o fortalecimento de seus vínculos sociais e comunitários, bem como a adoção das medidas necessárias no âmbito domiciliar a fim de intervir nas condições e fatores de risco à saúde individual e coletiva identificados nesse ambiente;

VI – proporcionar o acesso das pessoas em situação de acumulação e vulnerabilidade social aos benefícios assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica.

Evidencia-se a abordagem da problemática em uma perspectiva ampliada, levando em consideração os aspectos de saúde, sociais e ambientais para a intervenção, no contexto dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Apesar de ser uma Política Intersecretarial, a gestão do cuidado é de responsabilidade do SUS.

A efetivação da Política em cada território é norteadada pelas atribuições dos CRASAs:

Art. 7º Os Comitês Regionais de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação - CRASA deverão:

I – executar a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação;

II - articular ações de promoção e assistência à saúde no nível regional, visando ao bem-estar físico, mental e social das pessoas em situação de acumulação;

III – criar e manter atualizado banco de dados dos casos de pessoas em situação de acumulação, atendidos em seu território de abrangência, para uso interno da Administração Municipal e de acesso restrito;

IV - promover reuniões mensais para discussão conjunta dos casos atendidos no âmbito de abrangência da Subprefeitura, considerando as particularidades de cada sujeito e as necessidades identificadas em seu atendimento;

V – convidar para participar das reuniões do CRASA os órgãos ou entidades públicas envolvidos no atendimento dos casos de pessoa em situação de acumulação que serão discutidos;

VI – disponibilizar os telefones e endereços eletrônicos atualizados dos representantes de cada órgão que compõe o Comitê à rede de serviços de assistência e vigilância em saúde do território;

VII - estabelecer estratégias para fortalecer o cuidado ampliado e integral às pessoas em situação de acumulação;

VIII - contribuir para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde e de outros órgãos envolvidos no atendimento dos casos;

IX - estabelecer fluxos assistenciais regionais para garantir o cuidado continuado e a responsabilidade de cada um dos níveis do cuidado na atenção integral à saúde da pessoa atendida, visando à proteção da saúde individual e coletiva;

X - nos casos em que a pessoa em situação de acumulação não autorize o acesso ao imóvel, encaminhar relatório circunstanciado caracterizando a situação de risco à saúde pública ao Departamento Judicial da Procuradoria Geral do Município, para que adote as medidas judiciais visando ao ingresso no imóvel e a adoção das intervenções necessárias para eliminar ou minimizar os riscos sanitários identificados no local;

XI - quando a pessoa em situação de acumulação apresenta pouca ou nenhuma adesão ao tratamento e for observada a manutenção ou agravamento das condições de risco à saúde, comunicar o Ministério Público visando à mediação junto à pessoa em situação de acumulação e sua rede de apoio ou, se necessário, à adoção da medida judicial pertinente;

XII - comunicar o Ministério Público, quando houver necessidade de interdição ou de acionar judicialmente os familiares, visando prover os meios indispensáveis para a manutenção da saúde e da vida da pessoa.

Dentre as funções do Comitê Regional está a realização das reuniões mensais no território, com a participação de membros dos setores envolvidos e convidados. Esse espaço permite o compartilhamento e discussão de cada situação, respeitando a sua particularidade diante do contexto das relações sociais. Outro fator importante é a necessidade, prevista no Decreto, do registro das situações e, nesta perspectiva, em 2021, foi implementado um banco de dados municipal para a notificação das situações de acumulação a partir das informações fornecidas pelas Unidades Básicas de Saúde que, de acordo com a Política, são gestoras dos casos no território²¹. Na CRS Centro, as Unidades Básicas de Saúde devem encaminhar a planilha atualizada das pessoas em situação de acúmulo para as Supervisões Técnicas de Saúde (Sé ou Santa Cecília) que, por sua vez, são responsáveis por alimentar o banco de dados.

A implementação do CRASA Centro, desde 2016, vem sendo permeada de mudanças político-administrativas na região, dentre elas a divisão da CRS Centro em duas Supervisões Técnicas: Sé e Santa Cecília, efetivada em 2017. Conforme a normatização, cada região da cidade deve possuir um Comitê por subprefeitura, portanto, o Centro, apesar de ser constituído por duas STSs, possui apenas um CRASA. Essa realidade é diferente em outras regiões, devido às especificidades de cada território.

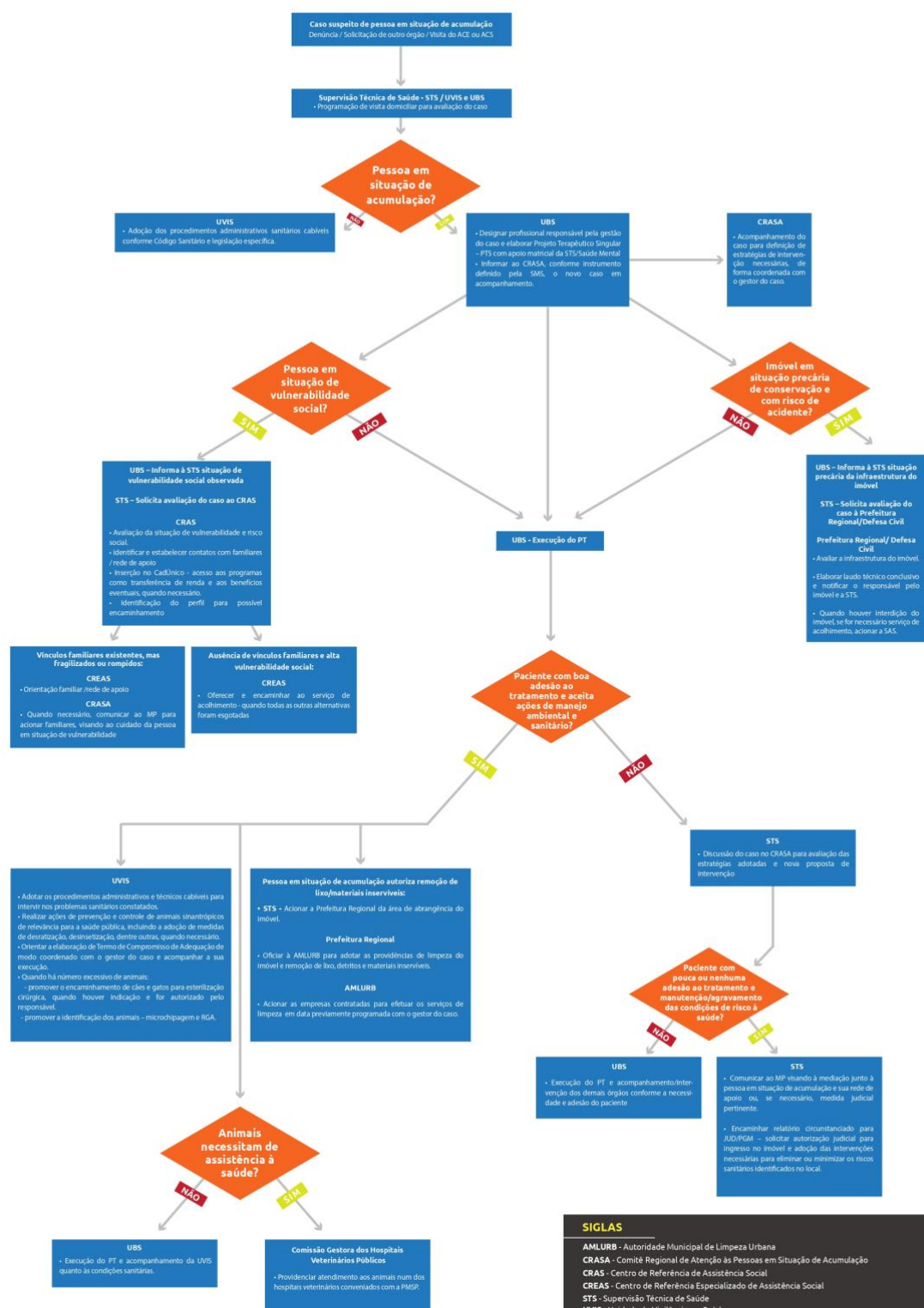
²¹ Art. 8º As ações dos órgãos e entidades envolvidos no atendimento das pessoas em situação de acumulação devem ser planejadas e executadas de modo coordenado com o profissional da Unidade Básica de Saúde responsável pela gestão do caso (Decreto 57.570/2016).

Além da divisão das STSs, em setembro de 2020, a Unidade de Vigilância em Saúde Centro – UVIS Centro também foi dividida em duas: UVIS Sé e Santa Cecília. Ambos os setores têm participação no Comitê. Historicamente na região Centro, as notificações de situações de acúmulo chegam principalmente através de denúncias realizadas por vizinhos ou parentes, direcionadas à Vigilância em Saúde nas UVIS, motivadas pelos impactos ambientais decorrentes do acúmulo. Nesse sentido, as demandas e ações antes da publicação do Decreto ficavam concentradas nesse setor, especificamente na Vigilância Ambiental.

Nesses primeiros seis anos da Política, o CRASA Centro realizou trabalho de educação permanente junto às equipes da atenção primária e secundária à saúde, conforme preconizado no item VIII do Art. 7º, com o objetivo de alinhar o fluxo de atendimento, além da sensibilização das equipes envolvidas e compreensão do atendimento integral das pessoas em situação de acumulação, enfatizando que não devem ser ações imediatistas e higienistas. Além da importância de mapear e caracterizar as demandas apresentadas no território e, como consequência, qualificar as ações intersetoriais na garantia de direitos sociais a essa população. Os processos de educação permanente contam com o Programa Ambientes Verdes e Saudáveis – PAVS²², com participação efetiva nos processos de trabalho do CRASA Centro.

²² O Programa tem como objetivo fortalecer a gestão intersetorial em questões ambientais com impacto sobre a saúde da população, envolvendo a promoção de atitudes voltadas à preservação, conservação e recuperação ambiental e à promoção e proteção da saúde da população. O PAVS trabalha com uma agenda integrada, com enfoque no desenvolvimento de políticas de saúde e meio ambiente, tendo como eixo o fortalecimento da intersetorialidade no nível local, a sustentabilidade das intervenções no território e o empoderamento e efetiva participação da comunidade, buscando evidenciar os determinantes do processo saúde-doença. Este enfoque tem sido estratégico no fortalecimento da Atenção Básica no Município de São Paulo. (Portal da Prefeitura de São Paulo, disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=346634)

Fluxo de Atendimento à Pessoa em Situação de Acumulação



O “Fluxo de Atendimento à Pessoa em Situação de Acumulação” apresenta, de forma didática, a responsabilidade de cada setor que compõe o Comitê, conforme a situação apresentada.

4.5 Quem são os sujeitos por trás da acumulação de objetos e/ou animais?

Qualificar as ações profissionais requer conhecer a realidade social e ambiental na qual propõe-se a intervenção. Para tanto, faz-se primordial a análise do banco de dados onde são registradas as situações de acumulação de objetos e/ou animais na cidade de São Paulo. Quem são esses sujeitos? O que acumulam?

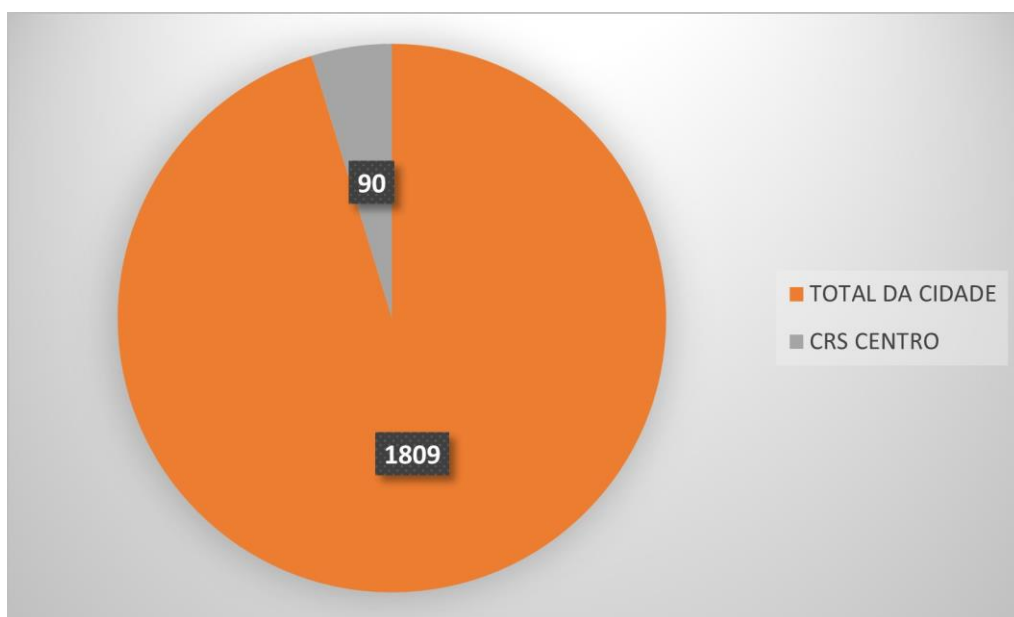
O banco de dados municipal utilizado para o registro das situações de acumulação começou a ser utilizado no segundo semestre de 2021, e é de responsabilidade da SMS em suas respectivas CRS, com acesso restrito²³ da administração direta através da “intranet”.

O sistema registra as seguintes informações: iniciais do nome, data de nascimento, sexo, tipo de acúmulo, gestor do caso, data de início do acompanhamento, situação atual, setores que acompanham o processo; Coordenadoria Regional de Saúde, Subprefeitura e UBS de referência; endereço, observações.

O controle das informações no sistema ocorre através do carregamento dos dados em planilha, separada por CRS, com: iniciais do nome, data de nascimento; Coordenadoria Regional de Saúde, Subprefeitura, UBS de referência e endereço. Para fins da presente pesquisa, foram coletadas as informações em 15 de agosto de 2023, sistematizados os dados gerais e analisadas as informações referentes à Coordenadoria Regional de Saúde Centro, com os dados completos do território.

O sistema, até a data da consulta, possuía o registro de 1.809 casos dentre as 06 CRS, sendo 1.180 com 60 anos ou mais, portanto 65,23% de pessoas idosas. Do total municipal, 90 estão localizados no território da CRS Centro, conforme gráfico a seguir:

²³ Para a utilização das informações constantes no banco de dados, foi solicitada autorização de acesso ao Comitê de Ética da SMS/CRS Centro.

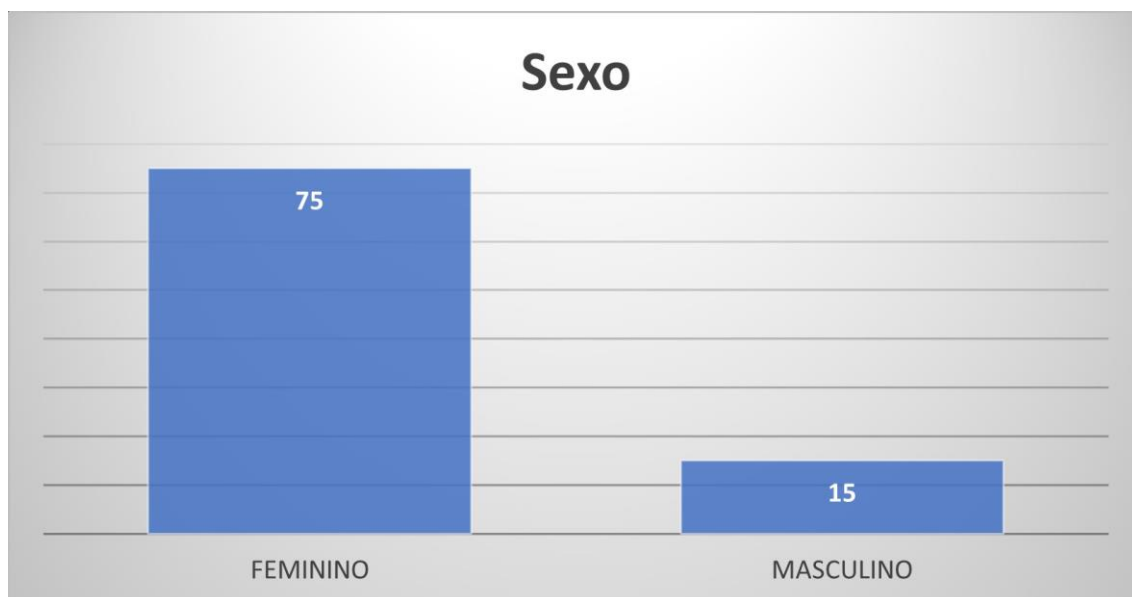
Gráfico 1 – Incidência de casos na cidade de São Paulo

Fonte: Banco de dados da cidade de São Paulo
Elaboração própria.

As situações de acumulação de objetos e/ou animais registradas pela Coordenadoria Regional de Saúde Centro, localizada na área de abrangência da Subprefeitura Sé representa 5% do montante da cidade de São Paulo. Vale ressaltar que mesmo com os esforços quanto à sensibilização das equipes de saúde sobre a necessidade de mensurar os casos, aliados a entraves burocráticos, muitos ainda não constam na base estudada, portanto há subnotificação. Entende-se a importância da notificação para que se possa dar a visibilidade que a problemática requer, tendo em vista que o registro não depende de um diagnóstico médico, mas provém da constatação da situação que pode ser identificada por todos os profissionais de saúde.

Quanto à distribuição na CRS Centro, 48 estão localizados na STS Sé e 42 na STS Santa Cecília. Essa informação é um facilitador para as respectivas regiões mapearem suas demandas bem como articular propostas de intervenção.

Gráfico 2 – Sexo - pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais

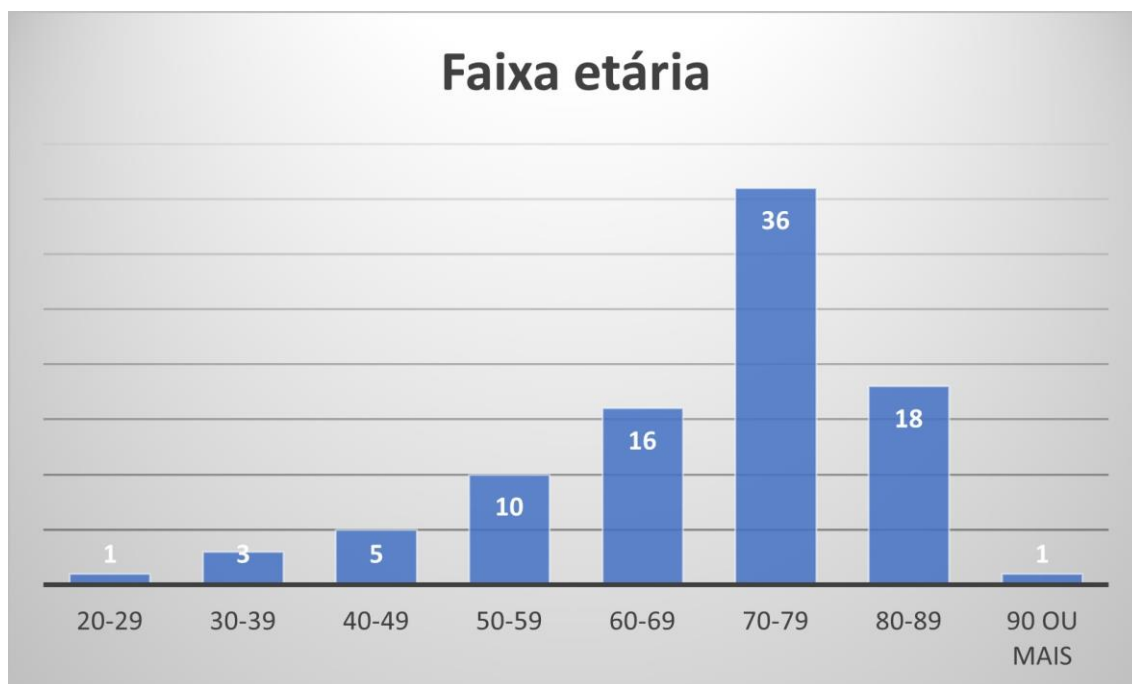


Fonte: Banco de dados da cidade de São Paulo
Elaboração própria.

Quanto à classificação relacionada ao gênero/sexo, o sistema utiliza “sexo” para distinguir feminino ou masculino, portanto não contempla a questão de gênero²⁴. A pesquisa aponta (conforme gráfico 2) que 83,33% das pessoas em situação de acumulação no Centro de São Paulo são do sexo feminino e apenas 16,67%, portanto 15 homens encontram-se nessa situação. A respeito da faixa etária, conforme sinalizado anteriormente, as pessoas idosas compõem a maioria, de acordo com o gráfico 3:

²⁴ Gênero é um conceito das Ciências Sociais surgido nos anos 70, relativo à construção social do sexo. Significa a "distinção entre atributos culturais alocados a cada um dos sexos e à dimensão biológica dos seres" ^{1,2}. O uso do termo gênero expressa todo um sistema de relações que inclui sexo³, mas que transcende a diferença biológica. O termo sexo designa somente a caracterização genética e anátomo-fisiológica dos seres humanos (Olinto, 1998).

Gráfico 3 – Faixa etária - pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais



Fonte: Banco de dados da cidade de São Paulo
Elaboração própria.

A primeira faixa-etária identificada é a partir dos 20 anos, no entanto, representa menos de 2% do total. O gráfico ilustra a curva ascendente, conforme o aumento etário, sendo 78,88% de pessoas idosas. Essa questão permeia uma discussão que deve ser aprofundada: a incidência das situações de acumulação é maior em pessoas entre as faixas-etárias mais altas ou é socialmente identificada quando esses sujeitos chegam a uma idade mais avançada? A resposta para esse questionamento vincula-se à necessidade de, primeiramente, alinhar conceitos e entendimentos sobre a problemática, através de uma construção coletiva entre o poder público, sociedade civil e produções científicas, que permitam desvelar o fenômeno.

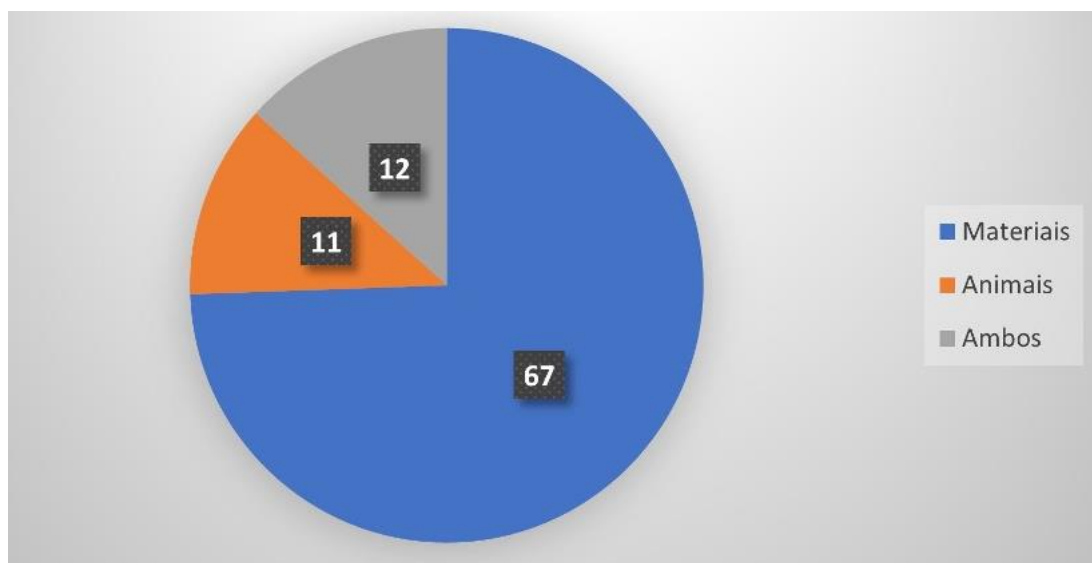
Informações importantes como raça/cor, dados socioeconômicos e tipo de moradia não são contempladas no banco de dados. A caracterização quanto à residência, considerando se é própria, cedida, alugada, ocupada ou ainda se trata de casa ou apartamento, ampliaria a compreensão da realidade de intervenção por apresentar elementos da dimensão social e ambiental, o que

permitiria uma análise mais completa, enquanto política pública intersetorial, inclusive com olhar para a saúde mental.

Bahia e Costa (2022), em artigo sobre a relação da questão urbana com saúde mental, apontam estudos de alguns autores sobre o processo de urbanização e suas consequências no espaço urbano, considerando que podem levar a distúrbios mentais, suicídio, homicídio, abuso de drogas, doenças coronárias e acidentes de trânsito, enfatizando a relação entre a habitação e a saúde. Nascer e morar em cidades aumenta o risco de desenvolver distúrbios psíquicos e depressão. Por isso, a importância de as informações concernentes a tipo de moradia constarem em um banco de dados que registra situações de acúmulo.

Quanto ao tipo de acúmulo evidenciado na região Central da cidade de São Paulo, destaca-se o de objetos/materiais, conforme o gráfico 4:

Gráfico 4 – Tipos de acumulação



Fonte: Banco de dados da cidade de São Paulo
Elaboração própria.

As situações relacionadas à presença de objetos em excesso no domicílio representam um total de 75% e, ainda, considerando que na descrição de “ambos”, eles também estão incluídos, a porcentagem de pessoas que

acumulam objetos é ainda maior, chegando a 88% dos casos, e a de animais 12%.

Com essa constatação, pode-se estabelecer mediações com o consumo na sociedade contemporânea. O excesso de objetos dentro do domicílio remete à relação dos sujeitos sociais com as mercadorias no modo de produção capitalista, onde o objetivo principal deste é ampliar constantemente o valor de troca, portanto, as necessidades dos indivíduos estão subordinadas a esta lógica de acumulação de capital. Nessa perspectiva, conforme analisado no capítulo dois, evidencia-se que as necessidades têm origem no sistema de produção e são incorporadas pelos sujeitos sociais. Além disso, exercem um controle sobre os sujeitos, que passam a se reconhecer em suas mercadorias, a encontrar a alma nos objetos que o cercam, existindo uma relação de dependência.

Essa relação de dependência aparece de forma extrema nas pessoas em situação de acumulação de objetos, aliada a características como a dificuldade em se desfazer desses pertences, ambiente deteriorado com presença de animais sinantrópicos e, portanto, com necessidades de cuidado à saúde, além dos impactos à saúde pública, considerando as pessoas que residem no entorno.

Quanto à dimensão ambiental, como consequência dessa problemática do consumo desenfreado, balizado nas relações de produção, a dinâmica de descarte prematuro e desperdício das mercadorias também tem sua base na natureza expansionista do capital e na sua busca pelo lucro, que se desenvolve de forma veloz e sem considerar o ritmo de renovação dos recursos naturais. Os objetos adquiridos pelas pessoas em situação de acumulação, seja através de compra, recolhimento nas ruas ou recebimento de doações fazem parte desse ciclo de expansão do desperdício.

A forma fetichizada em que se apresenta o desenvolvimento social nos grandes centros acaba por priorizar uma maneira de produzir bens e explorar recursos naturais que desconsidera a degradação ambiental e, como consequência, a própria existência humana, na sua singularidade, podendo levar ao agravamento das situações de saúde, expressão constatada na dimensão social das situações de acumulação de objetos.

O Centro de São Paulo conta com 50% de seus distritos administrativos apresentando densidade demográfica superior à média do município e, de acordo com as reflexões do terceiro capítulo desta tese, é a região mais antiga

da cidade, contando com infraestrutura e acesso a serviços públicos com maior facilidade e concentração de empregos. Esses fatores dão subsídios para incorporar a identificação das pessoas em situação de acumulação à ótica da totalidade das relações sociais em seu movimento dialético, ou seja, compreender a problemática concreta em suas múltiplas determinações para que possamos retornar ações interventivas, através das políticas públicas, comprometidas com os sujeitos sociais em sua integralidade.

Para tanto, dar visibilidade às pessoas em situação de acumulação, no contexto social em que elas estão inseridas, busca ampliar a dimensão das análises, para além dos aspectos de saúde, considerando suas dimensões sociais, urbanas e ambientais.

Diferente das pesquisas referenciadas no primeiro capítulo, em que os levantamentos partem de sujeitos com diagnóstico seja de “Síndrome de Diógenes” ou “Transtorno de Acumulação”, a análise do banco de dados municipal de São Paulo atenta-se ao conceito apresentado pela própria Política, de “pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais”, que podem ter algum diagnóstico referente à saúde mental, mas esse não é o cerne da questão para esta pesquisa. A definição indicada na PMAIPSA converge com a compreensão do objeto de estudo em sua multifatorialidade.

O olhar multifatorial indica, além da dimensão de saúde e, sobretudo de saúde mental, os fatores sociais, urbanos e ambientais que perpassam pelos sujeitos que acumulam objetos e/ou animais.

CAPÍTULO 5 - CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACUMULAÇÃO EM SÃO PAULO

5.1 O Serviço Social na saúde

O Serviço Social tem como objeto a questão social e as políticas públicas como um dos principais espaços de atividades profissionais. Na política de saúde, área de trabalho com expressiva inserção dos assistentes sociais, cabe aos profissionais construir saberes e práticas com sua intervenção, de forma a afirmar o projeto de saúde contido no movimento de reforma sanitária, que é consoante com os valores do projeto profissional. Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS, formular estratégias que busquem “reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária” (Matos, 2003; Bravo & Matos, 2004 *apud* CFESS, 2010, p. 29).

Para tal efetivação, considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta-se imprescindível para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social. Reconhecendo a importância desse saber profissional na política de saúde, a Resolução do CFESS nº 383 (29/03/1999) caracteriza o assistente social como um dos trabalhadores da área da saúde.

De acordo com o conjunto CFESS/CRESS, as ações de saúde devem ocorrer na perspectiva interdisciplinar, a fim de garantir atenção a todas as necessidades da população usuária, na mediação entre seus interesses e a prestação de serviços, portanto, atribui-se ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que possam garantir a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção ou recuperação da saúde. Através

do atendimento às demandas imediatas da população, facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país, além disso, intervir nos processos relacionados ao controle social²⁵ (Resolução CFESS 383, 1999).

Na perspectiva de alinhamento da intervenção profissional, o Conselho Federal de Serviço Social publicou, em 2009, os “Parâmetros para a Atuação do Serviço Social na Saúde”, com o objetivo de fornecer diretrizes para a atuação do serviço social na referida área, e destacar intervenções possíveis nos diferentes níveis, entendendo que não há o esgotamento das ações dada a dinamicidade da realidade. As diretrizes constantes no documento são delineadas conforme a seguir:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- ênfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;- facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a

²⁵ Considerando que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico-política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais; [...] (CFESS, RESOLUÇÃO 383/1999).

equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;

- elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e de suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;- emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, empareceres individuais ou conjuntos. (CFESS, 2010, p. 45)

Importante destacar que a implementação dessas ações, pelo Serviço Social, se vê confrontada entre o projeto de saúde manifesto pela reforma sanitária e o modelo privatista da saúde. No âmbito do Serviço Social, essa disputa tem em pauta dois diferentes projetos profissionais: o advindo do movimento de renovação crítica do serviço social brasileiro, caudatário da reconceituação latino-americana, que visa a intervenção direcionada a viabilizar a autonomia dos sujeitos sociais em uma perspectiva crítica na análise das condições de vida da classe trabalhadora; e o modelo neoconservador que permeia a manutenção do *status quo* e prioriza práticas individuais e assistencialistas através da ideologia do favor, além do incentivo à formação específica na área da saúde "na perspectiva da divisão clássica da prática médica" (Bravo; Matos, 2006, p. 212). A intervenção crítica do Serviço Social na saúde é também o caminho para reforçar o projeto ético-político hegemônico na profissão.

O conhecimento da realidade social a ser trabalhada é requisito para a atuação profissional comprometida com o projeto hegemônico da profissão em todas as áreas, inclusive na saúde. Diante da complexidade do quadro que o sistema do capital apresenta, a sustentação e o encaminhamento de uma posição vinculada a um projeto social radicalmente democrático e comprometido com os trabalhadores não estão determinados exclusivamente pela posição e encaminhamentos ético-políticos, mas também pela postura teórico-metodológica, na medida da capacidade dos sujeitos profissionais para captar a especificidade da realidade social com o objetivo de uma prática consciente e crítica. (Vasconcelos, 2006)

Apesar de os profissionais tomarem como referência o projeto ético-político, segundo Vasconcelos (2006), a organização individual e coletiva, bem

como a postura profissional se colocam passivas, dependentes e subalternas às condicionantes político-institucionais. É nesse contexto de relações que o Serviço Social, na saúde, se faz presente no século XXI, portanto, cabe aos assistentes sociais, a partir do objeto da ação profissional, planejar e realizar ações que contribuam para a promoção da saúde, prevenção de doenças, danos e agravos. Além de assegurar os princípios do SUS nos diversos espaços socio-ocupacionais existentes na área da saúde, por meio do conhecimento da realidade, ações articuladas com os demais profissionais e com a população usuária dos serviços.

O Serviço Social vem avançando nas produções e discussões sobre saúde, área em que as atribuições profissionais foram construídas, requisitadas e legitimadas, historicamente, nos diferentes níveis de atenção. Ao reconhecer a dimensão social da saúde, a política de saúde brasileira em muito alargou o espaço de atuação dos vários profissionais, dentre eles o/a assistente social. O processo de municipalização do SUS, previsto para a efetivação de uma das suas diretrizes sobre a descentralização político administrativa, vem ocorrendo desde sua implantação, colocou os profissionais mais próximos dos usuários e dos processos de planejamento e gestão.

A necessidade de ações profissionais, com ênfase na prevenção e promoção da saúde, a partir do conhecimento da realidade territorial na qual a população reside, tem proporcionado novos espaços sócio-ocupacionais para o Serviço Social no SUS, além de novas demandas profissionais.

Esses novos espaços socio-ocupacionais podem ser caracterizados como o trabalho na Vigilância em Saúde e atuação profissional na gestão, por exemplo, locais que demandam o conhecimento sobre a leitura da realidade social para o trabalho multidisciplinar.

5.2 Serviço Social: atendimento às situações de acumulação no SUS

Na perspectiva de conhecer a realidade do território e as demandas apresentadas ao Serviço Social, evidencia-se, nesta pesquisa, a intervenção profissional dos/as assistentes sociais que atendem pessoas em situação de acumulação na política de saúde, no centro da cidade de São Paulo, com vistas à compreensão das dimensões social e ambiental que permeiam esta problemática.

Principalmente no início do século XXI, de acordo com Silva (2010), houve um aumento considerável de estudos e pesquisas acerca da problemática da questão ambiental nos espaços sócio-ocupacionais do serviço social.

É neste campo gravitacional que o Serviço Social é chamado, como profissão integrada aos processos de conformação de uma cultura ambiental, seja no interior das organizações empresariais, nas instituições públicas, ONGs, entre outros. De natureza essencialmente pedagógica, o exercício profissional dos assistentes sociais está intrinsecamente voltado aos processos de educação ambiental articulados à defesa da melhoria na qualidade dos serviços prestados pelas instituições às quais se vinculam (Silva, 2010, p. 30).

Segundo a autora, a atuação profissional encontra-se relacionada às ações de educação ambiental para a melhoria das condições de saúde, destacando-se a dimensão sócio-educativa inerente ao trabalho nessa área, além da atuação no nível de gestão.

Entende-se que para intervir na realidade social é mister o seu conhecimento, portanto, o serviço social tem problematizado a questão ambiental relacionada aos processos de adoecimento como uma das manifestações da questão social, porém, é mais recente a discussão sobre a relação direta entre a saúde individual e coletiva com o meio ambiente. Para Silva (2015), essa relação tem sido evidente em razão do modelo do sistema capitalista de produção “caucionado em grandes projetos voltados para a expansão do capital no território nacional, com forte apoio do aparato estatal e uso intensivo de recursos naturais” (Silva, 2015, p. 430).

Alves (2010), refletindo sobre as demandas dirigidas à vigilância ambiental e as respostas profissionais, sinaliza a fragmentação existente nas

análises sobre o tema, com notória responsabilização individual em detrimento de análises de totalidade da questão ambiental e de saúde. Na pesquisa, a autora apresenta a experiência do Serviço Social na Vigilância Ambiental e afirma que, nesse espaço sócio ocupacional, de um modo geral, o profissional tem sido requisitado para o atendimento a demandas que estão diretamente relacionadas às formas de produção e reprodução da vida dos cidadãos. Situações advindas da interação do homem com o meio ambiente e que podem se tornar prejudiciais a sua própria saúde.

Partindo de experiência profissional na área, a autora elenca as demandas apresentadas: há situações de acúmulo de materiais realizado por pessoas em seus domicílios, sem condições de higiene, criando condições propícias à proliferação de pragas, e até mesmo risco de vida provocado por incêndios ou infecções, entre outras. Esse acúmulo de materiais não é visto, pela pessoa que o protagoniza, como lixo, pois são materiais os mais diversos, acumulados ao longo de anos, trazidos cotidianamente de ambientes externos, com forte apelo emocional. "Tal situação indica a ausência de autocuidado do ser humano que ali reside em condições inabitáveis; é também expressão de processo de isolamento" (Alves, 2010, p. 44). As casas são mal conservadas, não recebem pessoas há anos, não há caracterização dos espaços como banheiros, cozinha, quarto, sendo todos os cômodos ocupados pelos materiais; o convívio com pragas (baratas, ratos, moscas) se torna ignorado; a sujeira e o mau cheiro passam despercebidos e a relação com os vizinhos fica ainda mais conflituosa, pois estes vivem reclamando dos infortúnios que tal situação lhes causa.

Essas situações de acumulação devem ser analisadas enquanto objeto de saúde coletiva²⁶, com intervenções intersetoriais e multidisciplinares. Nessa perspectiva, a ação conjunta entre a vigilância em saúde com a atenção básica e saúde mental é fundamental, além da articulação com demais políticas

²⁶ Saúde Coletiva propõe a superação das intervenções sanitárias sob a forma de programas temáticos, voltados a problemas ou grupos populacionais específicos e baseados em uma epidemiologia meramente descritiva e em uma abordagem normativa de planejamento e administração, por intervenções articuladas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, baseadas em uma abordagem multidisciplinar, com a contribuição das ciências sociais, da epidemiologia crítica e do planejamento e da gestão estratégicas e comunicativas (Souza, 2014, p.11).

públicas, como assistência social e limpeza urbana, no caso da necessidade de remoção de materiais.

O Serviço Social, nesse contexto de implementação do CRASA e efetivação da Política Municipal de Atenção às Pessoas em Situação de Acumulação na cidade de São Paulo, tem apresentado papel fundamental, a partir da intervenção profissional nos diversos setores envolvidos na Política. Inclui-se nesse contexto os/as assistentes sociais das Unidades Básicas de Saúde, das equipes multidisciplinares da atenção básica – EMAB, do Programa Acompanhante de Idosos – PAI²⁷, vigilância em saúde e CAPS por parte da saúde, além dos profissionais que trabalham na política municipal de assistência social no *locus* de atuação do CRAS ou CREAS.

5.3 Serviço Social e situação de acumulação: atuação profissional na CRS Centro

Conforme apresentado no capítulo anterior, o CRASA tem em sua composição na área da saúde representantes da atenção básica, vigilância em saúde e saúde mental. Desde a implantação do Comitê no Centro, destaca-se a participação efetiva dos/as assistentes sociais no fluxo de atendimento e nos espaços coletivos de discussão dos casos, representando as instâncias da saúde envolvidas na PMAIPSA.

Essa participação evidencia-se no resultado dos questionários aplicados aos assistentes sociais da Rede de Atenção à Saúde da CRS Centro. No segundo semestre de 2023, foram convidados a participar da pesquisa 31 assistentes sociais da RAS Centro, sendo que 17 aceitaram o convite e preencheram o questionário, através de formulário do “GoogleForms”. O objetivo

²⁷ O Programa Acompanhante de Idosos – é um Programa municipal, na modalidade de cuidado domiciliar biopsicossocial a pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social, que disponibiliza a prestação dos serviços de profissionais da saúde e acompanhantes de idosos, para apoio e suporte nas Atividades de Vida Diária (AVD) e para suprir outras necessidades de saúde e sociais. Tem o objetivo de contemplar a assistência integral à saúde de população idosa socialmente vulnerável, com dificuldade de acesso ao sistema de saúde e com isolamento ou exclusão social devido à insuficiência de suporte familiar ou social. (Prefeitura de São Paulo. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=346091 Acesso em 01 ago. 2023).

das perguntas foi norteado pela aproximação com a realidade dos/as assistentes sociais que fazem atendimento a essa demanda no território.

Como caracterização dos/as assistentes sociais participantes da pesquisa, seguem as tabelas abaixo:

Tabela 1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa

FAIXA ETÁRIA	
30 A 34	2
35 A 39	7
40 A 44	3
45 A 49	2
50 A 54	3

TEMPO DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE	
01 a 05 anos	6
06 a 10 anos	7
acima de 11 anos	4

SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE	
Sé	11
Santa Cecília	6

NÍVEL DE ATENÇÃO À SAÚDE EM QUE TRABALHA	
Primária	13
Secundária	2
Vigilância em Saúde	2

Elaboração própria.

A maioria dos sujeitos da pesquisa possui experiência profissional na área da saúde superior a cinco anos. Quanto ao nível de atenção à saúde no qual trabalham, 76,47% estão na atenção primária, contemplando as UBSs e seus respectivos programas. Os 23,53% restantes dividem-se entre atenção secundária e vigilância em saúde. Com relação ao território de atuação, onze estão alocados no território da STS Sé e seis na Santa Cecília.

A tabela 2 aponta as quatro primeiras perguntas e o quantitativo das respostas apresentadas pelos profissionais:

Tabela 2 – Atendimento a pessoas em situação de acumulação e conhecimento da legislação

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
	SIM	NÃO
1 - No cotidiano profissional atende/acompanha ou já atendeu/acompanhou pessoa em situação de acumulação?	16	1
2 - Tem conhecimento sobre o Decreto 57.570/2016 que institui a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação na cidade de São Paulo?	16	1
3 - Tem conhecimento sobre a existência do Comitê Regional de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação – CRASA da região Centro?	16	1
4 - Caso tenha respondido sim na questão 3, já participou de alguma reunião e/ou capacitação do CRASA Centro?	12	4

Elaboração própria.

A partir das respostas, confirma-se a premissa sobre o envolvimento dos/as assistentes sociais no atendimento às situações de acumulação de objetos e/ou animais no território central da cidade de São Paulo, tendo em vista que 94,12% dos sujeitos já atenderam pessoas nessa situação, conhecem o Decreto e o CRASA. Além disso, dos que conhecem o Comitê, 25% já tiveram a oportunidade de participar das reuniões mensais que, de acordo com fluxo de atendimento, são destinadas às discussões quando forem “esgotadas as possibilidades de intervenção e não aceitação do usuário/paciente às abordagens das equipes” (Fluxo CRASA Centro – anexo 2).

Sobre a origem das demandas que chegam aos espaços sócio-ocupacionais nos quais os/as assistentes sociais trabalham, de acordo com os sujeitos da pesquisa, pode-se destacar o apresentado na resposta 5:

Tabela 3 – Identificação das situações de acumulação

5 - Na sua opinião, onde as situações de acumulação são identificadas? (é possível assinalar mais- de uma alternativa)	
CRAS e/ou CREAS	7
Ministério Público	4
Equipe Multidisciplinar da Atenção Básica	12
Estratégia Saúde da Família	11
Vigilância Ambiental	6
Programa Ambientes Verdes e Saudáveis – PAVS	10
CRASA	9
Não sei	0
Outros	1

Elaboração própria.

Dentre os setores ou Programas mais assinalados, encontram-se: equipe multidisciplinar da atenção básica, ESF e PAVS, todos relacionados à atenção primária na saúde, seguidos do CRASA. A SMADS, através do CRAS e CREAS, também identifica situações de acumulação e compartilha com a RAS. Quanto ao Ministério Público do Estado, esse órgão direciona as situações recebidas para a STS de referência e, como consequência encaminha para a UBS do território onde o munícipe reside.

Levando em consideração os impactos dos aspectos ambientais presentes nas situações de acumulação, verifica-se a entrada de casos pela Vigilância Ambiental, por meio de denúncias e no PAVS. Ambos têm como objetivo a intervenção relacionada à saúde e ao meio ambiente.

Tabela 4 – Responsabilidade pela gestão dos casos

6 - Na sua opinião, qual(ais) setor(es) é(são) responsável(eis) pela gestão do caso de situação de acumulação?	
Vigilância Ambiental	4
Ministério Público	2
Unidade Básica de Saúde	10
CRASA	11
PAVS	4
CRAS/CREAS	2

Elaboração própria.

No âmbito das responsabilidades, o Decreto Municipal afirma, em seu artigo 8º, que a gestão do caso cabe ao profissional da Unidade Básica de Saúde e “as ações dos órgãos e entidades envolvidos no atendimento das pessoas em situação de acumulação devem ser planejadas e executadas de modo coordenado” (Decreto Municipal 57.570/2016). Mesmo constando na Política, a questão sobre o setor responsável por administrar o cuidado e, portanto, o Projeto Terapêutico Singular das pessoas em situação de acúmulo, ainda é motivo de dúvida por parte dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde.

O Projeto Terapêutico Singular-PTS incorpora a noção interdisciplinar que envolve a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Após avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a serem realizados por diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência (Pinto et al., 2011). Com essa dinâmica de atendimento, as equipes de referência empreendem a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável com o usuário e a família. Nesse sentido, cada profissional terá o encargo de acompanhar o caso ao longo de todo o tratamento naquela organização, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços conforme necessários e, finalmente, assegurando sua alta e continuidade de acompanhamento em outra instância da rede de atendimento.

Convergindo com a análise sobre as responsabilidades, o questionário aponta para a identificação da percepção dos sujeitos sobre a quais aspectos as situações de acumulação podem estar relacionadas.

Tabela 5 – Relação entre situações de acumulação e saúde mental e ambiental

8 - Na sua opinião, as situações de acumulação de objetos e/ou animais podem estar relacionadas com qual(ais) aspecto(s)(é permitido mais de uma alternativa):	
Saúde Mental	17
Modo de sociabilidade contemporâneo	3
Saúde ambiental	2

Elaboração própria.

O resultado aponta que todos os respondentes afirmam: as situações de acumulação estão relacionadas à saúde mental. Além disso, três complementam sobre os aspectos do modo de sociabilidade contemporânea e dois associam também à saúde ambiental.

Essa assertiva, ao mesmo tempo em que contradiz as hipóteses desenvolvidas nesta tese, quanto à identificação das dimensões sociais e ambientais, sobre a problemática, afirma sobre os aspectos imediatos identificados no cotidiano profissional, a aparência do problema, quanto a situações patológicas, como o transtorno de acumulação, decorrentes desse modo de vida que vem adoecendo a população.

Na perspectiva crítica, faz-se necessário desconfiar das verdades que estão postas na realidade, da imediatez das coisas e das aparências e, portanto, o compromisso com o esclarecimento daquilo que está oculto e que não se manifesta. Nesse sentido, o pensamento científico dialético se contrapõe à afirmatividade dessa realidade, sendo a sua própria negação, tal qual ela se apresenta, e deve se constituir dessa negação para firmar-se pelo oposto e pela essência do problema. Portanto, compreender a forma aparential que a realidade se manifesta e, assim, analisar o objeto em seu movimento, em sua construção histórica, em suas contradições, e ao fazê-lo, não se deve deixar escapar que qualquer objeto por ser fruto da construção humana esteja

subordinado às determinações de tempo, espaço, interesses de classes entre outros (Lima, 2008).

De acordo com a OMS, respaldada por alguns autores, que estudam a temática, a saúde mental é um conjunto de fatores individuais e externos, sendo os individuais, o contexto familiar, genético, comportamentais e interações sociais. E os externos como ambientais, políticos, econômicos e culturais.

O que essa caracterização nos aponta é que os fatores externos colocados são fortemente relacionados aos aspectos urbanos, sejam eles a infraestrutura citadina ou as tipologias habitacionais, como também aspectos culturais, políticos e econômicos que tem fortes relações com o urbano e a urbanização, assim como tem a cidade como seu palco. Também podemos identificar nos fatores individuais aspectos que se relacionam com a dinâmica urbana, como as questões comportamentais e as interações sociais (Costa; Bahia, 2022, p. 3).

Portanto, no questionamento sobre os aspectos presentes nas situações de acumulação de objetos e/ou animais atendidos pelos/as assistentes sociais sujeitos da pesquisa, é apontada a saúde mental, pois compreende-se que na área da saúde, as demandas que chegam à profissão estão relacionadas a essa questão, proveniente também dessas relações externas do espaço urbano. Ao considerar as abstrações que perpassam pela problemática, relacionadas às múltiplas determinações presentes no desvelar da realidade, é possível construir mediações com a questão ambiental quanto à relação do consumo e desperdício das mercadorias, a presença e a proliferação de pragas nesses ambientes insalubres, além das características próprias da ideologia neoliberal sobre o individualismo, a necessidade de ter, adquirir bens, objetos como forma de valorização e certo *status* social.

As três últimas perguntas analisadas relacionam-se ao atendimento das demandas, conforme tabela 6.

Tabela 6 – Situação socioeconômica e demandas ao serviço social

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
	SIM	NÃO
7 - No seu local de trabalho, já acompanhou reunião de discussão de casos sobre pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais?	16	1
9 - Considera que as situações de acumulação de objetos e/ou animais independem da situação socioeconômica?	13	4
10 - Considera que as situações de acumulação de objetos e/ou animais são demandas para o Serviço Social?	16	1

Elaboração própria.

A questão nº 7 evidencia a presença de discussões sobre sujeitos em situação de acúmulo em mais de 90% dos espaços de atuação dos/as assistentes sociais, que responderam ao questionário, na RAS da CRS Centro. Aliada a essa constatação, 76,47% dos respondentes identificam que a demanda independe da situação socioeconômica, característica que será aprofundada na análise das entrevistas.

A última questão afirma a concordância da categoria profissional dos/as assistentes sociais, representada pelos sujeitos participantes, de que as pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais são demandas para o Serviço Social. Para tanto, considera-se como expressão da questão social.

Como continuidade da investigação, o item que segue apresenta os achados da pesquisa nas entrevistas realizadas com assistentes sociais da RAS Centro.

5.4 Para além do acúmulo: o olhar do Serviço Social

Nos itens a seguir, apresentam-se os eixos de análise das entrevistas com a intencionalidade de apreensão do real e desvelamento do objeto de estudo, compreendendo as dimensões sociais e ambientais que permeiam o atendimento dos/as assistentes sociais às pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais.

5.4.1 Aspectos sociais e ambientais evidenciados no atendimento às pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais

O primeiro eixo de análise das entrevistas, realizadas com assistentes sociais da rede de atenção à saúde – RAS Centro, propõe compreender a percepção dos profissionais quanto aos aspectos sociais e ambientais evidenciados no atendimento às pessoas em situação de acúmulo no território. Quanto às características ambientais, destacam-se os seguintes depoimentos:

AS1 Bom, é de ambiental, assim que me chama muito atenção é a questão da insalubridade. Geralmente as pessoas que nós estamos atendendo aqui nesse território estão numa situação insalubre, muito delicada e como isso é normalizado. Como as pessoas se adaptam a esses ambientes. A gente tem encontrado muitas pessoas em situação muito crítica na residência e elas conseguem viver ali dentro da normalidade dela. As pessoas na rua não percebem, ninguém percebe, a não ser quem está ali muito próximo a elas. E elas não têm críticas sobre isso, né? Provavelmente por uma questão de saúde mental, mas elas não conseguem perceber esse ambiente.

AS4 Referente às questões ambientais eu posso pontuar que seria, que está relacionada a questão do que aquele acúmulo traz de prejuízo de saúde para pessoa. Então é acúmulo de sinantrópico, produção, de sinantrópico, não sei se a gente pode colocar assim. Até o acúmulo, que traz a sujeira junto, acho que seria nesse sentido.

Verifica-se a identificação de condições de risco à saúde associadas ao ambiente insalubre, com presença de animais sinantrópicos (ratos, baratas...) e, ao mesmo tempo, a ausência de crítica sobre esses riscos por parte dos sujeitos que acumulam. O AS1 identifica aspectos ambientais atrelados a uma provável condição de saúde mental, tendo em vista a naturalização da condição de risco por parte dos sujeitos.

Considerando a associação da saúde mental com a questão urbana e ambiental, o Relatório de Perspectivas da Urbanização Mundial da Organização das Nações Unidas (ONU), do ano de 2018, apresenta que 55% da população mundial vivem em áreas urbanas, enquanto, no Brasil, esse percentual é 87%. Já os dados do Relatório de Estimativas de Doenças Mentais, de 2017 (OMS), apontam que, ao redor do globo, 322 milhões de pessoas apresentam distúrbios de depressão e 264 milhões apresentam distúrbios de ansiedade. No Brasil, são mais de 11 milhões de pessoas com distúrbios depressivos e mais de 18 milhões

de pessoas que apresentam distúrbios de ansiedade, o que equivale a 9,3% da população do país, sendo o país mais deprimido da América Latina (Costa, Bahia, 2022). A partir desses dados, identifica-se associação da problemática de saúde mental com o modo de vida da população que vive nas cidades e, dentre eles, as pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais.

Sobre a dimensão ambiental, os riscos apontados envolvem tanto a pessoa em situação de acumulação, como os vizinhos ou parentes que convivem diretamente com as pessoas em situação de acumulação, caracterizando demanda de saúde coletiva na medida em que essas moradias insalubres abrigam pessoas, principalmente idosas, conforme evidenciado no capítulo anterior, em situação de alta vulnerabilidade a demandarem políticas e ações de proteção social por parte do poder público.

É no centro, na faixa urbana da cidade, que essas pessoas acumulam objetos, vivem junto ao lixo e convivem com ratos, baratas, expondo-se a riscos e causando prejuízos para outras pessoas do território em que habitam, contribuindo para a deterioração do ambiente já degradado pelas ações do mercado imobiliário em confronto com as camadas populares em luta pelo direito à cidade.

As expressões cotidianas das situações de acumulação de objetos e/ou animais perpassam da singularidade de cada caso acompanhado pelos profissionais envolvidos na Política PMAIPSA, à universalidade, com as manifestações da questão urbana e ambiental nesse contexto, conforme apontadas.

Ainda sobre a condição do ambiente e sua relação com a saúde, o relato a seguir demonstra fato intrigante:

AS1 E assim, pensando, e aí eu não sei como essas pessoas, clinicamente falando, não estão tão adoecidas, mesmo estando nesse ambiente, não sei se é uma questão do corpo dela, já se acostumaram com aquilo, né? Então, geralmente as pessoas que a gente tem atendido, elas não têm tantas comorbidades, pensando naquele ambiente que elas estão inseridas, elas já foram se adaptando.

Mesmo em condições precárias do ambiente no qual residem, muitas das pessoas que acumulam objetos e/ou animais não apresentam grandes alterações clínicas. Esse é um dos motivos pelos quais a identificação das situações ocorre tardiamente, quando perceptível pelas pessoas do entorno, ao

impactar no ambiente para além da moradia, por meio do odor forte, ocasionado pelo acúmulo, barulho no caso de acumulação de animais e presença de pragas urbanas.

Sobre os aspectos sociais, os depoentes convergem em suas opiniões, quanto aos fatores de vínculo social, faixa-etária com maior incidência de demandas, dentre outros, conforme levantado:

AS4 Na atuação direta com essa demanda eu percebo que seria a principal não sei também se é característico do território, não é por ser centro, né? Mas a minha percepção referente aos aspectos sociais é que são pessoas normalmente sem vínculo familiar, sozinhas. Um ou outro caso tem situações de que tem um membro a mais, mas que é dependente dessa pessoa em situação de acúmulo. E pessoas com idade um pouco mais avançada também. Eu não tive a percepção de atendimento de pessoas em situação de acúmulo jovens, então, são pessoas com idade mais avançada.

AS2 Então eu vejo que são muitas questões, a maioria que a gente atende são idosos, que residem sozinhos e a gente tem dificuldade de compreender qual é o contexto familiar. Como se deu a questão? Como iniciou o acúmulo, então é todo um trabalho de articulação, de muito tempo.

AS3 (...) acho que a grande maioria das pessoas que eu atendi são pessoas idosas e que estão em situação de isolamento e vulnerabilidade social importante. Então acho que esse é o aspecto social que mais me chama atenção, o isolamento social da pessoa idosa. Eu acho que por a gente está aqui no centro, essa falta de rede social protetiva, então é que leva, obviamente, ao isolamento social. Então eu acho que a falta de rede social protetiva de rede familiar, de amigos, de vizinhos que acolhem, que apoiam, que cuida, ela chama bastante minha atenção mesmo.

É possível constatar, quanto às demandas que chegam ao atendimento do Serviço Social, nos diferentes espaços sócio-ocupacionais da RAS Centro, particularidades importantes como o isolamento social decorrente de uma quebra de vínculo familiar, portanto geralmente as pessoas em situação de acumulação residem sozinhas, aliado a isso há a questão da idade mais avançada com a prevalência de pessoas idosas. Outro fator relevante é a especificidade da região central, como as manifestações da questão urbana, presentes no Centro da metrópole, são colocadas na concretude dessas relações, pela ausência de “rede social protetiva de rede familiar, de amigos, de vizinhos que acolhem, que apoiam, que cuida” (AS3).

Conforme discussão do capítulo três, a realidade em movimento no centro da metrópole, que ao mesmo tempo tem uma densidade demográfica superior à média do município, convive com o isolamento de pessoas, vivendo em certa invisibilidade no contexto urbano. As questões comportamentais e estilo de vida têm forte influência da estrutura social, da cultura e da sociedade que, de uma forma ou de outra, se expressam no espaço urbano e por ele são influenciadas.

Ainda relacionado ao social, uma das características já apresentadas nas respostas ao questionário também aparece nas entrevistas:

AS1 E aqui neste território a gente tem uma situação, sim, bem delicada, né? A gente tem pessoas que têm uma renda considerável, pensando no socioeconômico. E aí, a gente consegue perceber que a renda não necessariamente está “linkado” com a questão do acúmulo, porque a gente tem pessoas que têm um alto padrão de vida e acumulam muito aqui nesse território central e, por outro lado, a gente tem uma questão vulnerável, muito grande também, a gente tem pessoas sem renda, sem acesso a benefícios, sem acesso à rede de apoio. A gente tem pessoas também que no passado elas tinham um bom trabalho, tem uma boa escolaridade. Elas tiveram acesso a viagens internacionais. A gente atende muitos pacientes aqui que falam outras línguas, que tiveram um suporte social no passado muito grande e que hoje, decorrente de várias situações, estão numa situação de vulnerabilidade não necessariamente econômica, mas estão bem vulneráveis assim.

AS3 Acho que o aspecto social que mais chama atenção é que independe de classe social. Se rico ou pobre, qualquer um destes pode estar em situação de acumulação (...)

Conforme sinalizam AS1 e AS3, as demandas independem da situação socioeconômica. No entanto, o fato de possuir condições financeiras, na percepção do AS1, não exclui sua condição de vulnerabilidade social. Essa diferenciação interpretada pelo Serviço Social é fundamental para a compreensão da realidade e intervenção comprometida com os princípios ético-políticos da profissão no atendimento multiprofissional.

5.4.2 A perspectiva multidisciplinar do trabalho com as pessoas em situação de acumulação

O segundo eixo de estudo buscou abarcar a intervenção profissional na perspectiva interdisciplinar por meio da compreensão de como se dá o trabalho

multiprofissional no atendimento às demandas de acumulação. Ao serem indagados/as sobre as características evidenciadas no atendimento, AS2 e AS4 trouxeram inicialmente como os casos chegam ao conhecimento do Serviço Social, em seus respectivos locais de trabalho:

AS2 A base inicial chega pelo agente de saúde, aí quando chega ele não consegue realmente falar se é uma questão de desorganização ou acúmulo e traz para a reunião das equipes da estratégia. A partir daí, a estratégia faz a primeira abordagem, tenta fazer uma visita ou marcar consulta. Normalmente eles não vêm na consulta porque eles estão num processo de isolamento, né. Recusam vir ao equipamento até para as pessoas não terem acesso para identificar aquela situação de acúmulo. Então a parte principal é a parte da visita domiciliar. Aí lá a gente tenta fazer essa abordagem que tem essa dificuldade de acesso.

AS4 Elas chegam aonde eu estou, (...) por denúncia, a maioria é por denúncia e algumas por percepção, identificação da equipe de trabalho, que são os agentes. Também chega por eles, né? Então é, mas a maior parte ainda é por denúncia.

A depender do local de atuação profissional, as situações chegam ao conhecimento do Serviço Social, enquanto parte de uma equipe multidisciplinar, por meio da identificação dos agentes de saúde no dia a dia de trabalho junto às famílias do território. Os/as assistentes sociais tomam ciência ainda por meio de denúncias, normalmente realizadas por vizinhos quanto aos efeitos da acumulação na saúde coletiva, como o excesso de objetos, ultrapassando o domicílio de quem acumula, odor forte e presença de animais sinantrópicos.

O Serviço Social dialoga com diversas disciplinas e, no cotidiano profissional, é requisitado a compor equipes multidisciplinares nas mais diversas áreas, o que permite compreender o sujeito social em seus múltiplos determinantes que interferem no seu processo de adoecer, indo além do componente biológico. Nesse contexto, as situações de acumulação não estão sob a responsabilidade do serviço social, tampouco de alguma disciplina ou profissão de determinada área, uma vez que exigem diversos profissionais para abordar condições de vida, comorbidades, zoonoses, instabilidade habitacional, risco de queda e incêndios, conflitos com a comunidade e procedimentos legais relacionados a despejo de moradia nos casos mais extremos.

A partir da ciência da situação de acúmulo em determinado endereço do território, inicia-se a tentativa de abordagem e vínculo por parte das equipes, de acordo com os depoentes:

AS2 A gente primeiro busca entender esse contexto para a gente conseguir minimamente ir trabalhando dentro dessas questões aí, a partir daí a gente consegue construir um PTS, e construir com outros profissionais de acordo com a demanda que eles vão apresentando. Eu acho que o início de tudo é conseguir conhecer o contexto sociofamiliar para a gente conseguir o trabalho.

AS1 E aqui o que a gente, isso é um trabalho que a gente vem construindo agora com o CRASA (...) neste território, agora a gente tem uma coisa que é bem bacana, que a gente tem conseguido fazer as ações multi mesmo. Tem vários profissionais inseridos, a gente tem veterinário, a gente tem assistente social, tem psicólogo, tem farmacêutico, tem enfermeiro, tem vários profissionais e agora a gente tá saindo daquilo de atender a pessoa no individual de, por exemplo, de cada profissional atender com o seu saber e só ele ficar naquilo, é um trabalho de formiguinha, ainda mais que as profissões, elas se conectem, né? Para que a gente ultrapasse um pouquinho essa questão do multi e vá pro interdisciplinar. Então a gente tem tentado fazer isso, para que cada saber dentro do CRASA, ele seja valorizado e que a gente não tome decisões partindo da individualidade, mas do coletivo.

Nos relatos acima, AS2 enfatiza a importância de, primeiramente, conhecer o contexto sociofamiliar para que haja uma intervenção mais efetiva. O AS1 chama atenção quanto ao processo que envolve o trabalho multidisciplinar para que possa tornar-se interdisciplinar, ou seja, que as profissões possam atuar de forma integrada com objetivos em comum para a efetivação dessa política.

Dessa forma, a política de saúde exige a construção de equipes com diferentes olhares, pois entende-se que o conhecimento e o saber se multiplicam conforme se questionam, conflitam, contradizem ou apenas complementam-se. “[...] aprender com os conhecimentos das outras áreas e apropriar-se deles com o devido respeito de conhecimentos diferentes, e também legítimos, é o que também materializa a interdisciplinaridade” (Carvalho, 2015, p.1).

A interdisciplinaridade permite transitar o espaço da diferença com vistas à pluralidade em relação ao objeto investigado, com diferentes formas de abordar o real (Rodrigues, 1998). Nesse sentido, o Serviço Social, ao fazer parte de uma equipe, atenta-se para que, no trato da questão social, possa contribuir com o saber específico para a garantia de um atendimento integral.

Vale sublinhar um fator comum entre os depoimentos: a perspectiva de totalidade apresentada pelos sujeitos entrevistados. Há a compreensão das questões de saúde mental que envolvem as situações de acúmulo atendidas, mas os profissionais não as descolam da realidade social e ambiental na qual

vive essa população. A presença da perspectiva crítica do Serviço Social é perceptível na condução do trabalho em rede para a garantia de direitos sociais a essa demanda particular.

Sobre o protagonismo do Serviço Social junto ao atendimento multidisciplinar, pode-se destacar:

AS3 Eu acho que a pluralidade da forma com que a gente enxerga o indivíduo, isso as demandas que são múltiplas. Ela precisa ser atendida não só por uma profissão específica. Não só físico, não só TO não só equipe multi que compõem o atendimento, principalmente na saúde, mas quando a gente consegue atuar todo mundo junto, cada um na sua especificidade e atendendo as demandas do paciente. Eu acho que isso é muito plural. E aí a gente tem claro, acho que é sempre importante o serviço social ser o carro chefe disso, né. Atendendo, acolhendo essas demandas e a partir da identificação de demandas de outras disciplinas, a gente acionando a rede, serviços de saúde mental etc.

AS2 Muitos profissionais ainda não entendem o que é a pessoa que está em situação de acumulação, então têm dificuldade de dar esse segmento. Quando a pessoa tem a recusa, não fortalece essa questão de estar fazendo o atendimento continuado. A gente entende que a demanda do território é muita, mas quando tem essa recusa a gente vê que não tem muito empenho para fazer esse trabalho continuado, então parte muito da equipe multidisciplinar, que consegue absorver mais essa demanda e tentar ampliar o atendimento aí sempre fortalecendo com a Estratégia de estar também fazendo esse acompanhamento em conjunto com as equipes para tá construindo, fortalecer o vínculo, pra ver se a gente consegue tirar ele de casa para trazer para a unidade de saúde, pra gente pedir tudo, a questão de exames de laboratório, para a gente entender também como é que está aquela saúde além da questão do acúmulo.

Conforme sinaliza AS3, com o entendimento da pluralidade, que envolve os sujeitos em situação de acumulação, é possível instigar a atuação de vários saberes e profissões no atendimento. Aliado a isso, compreende o Serviço Social como condutor dessa articulação entre saberes e práticas. Já o AS2 levanta a problemática quanto ao não alinhamento conceitual entre os demais profissionais da Rede e como consequência a descontinuidade de atendimento. Compreende a importância do fortalecimento de vínculo e atenção à saúde do usuário, independente da questão do acúmulo.

Percebe-se, nesse eixo, a coerência na compreensão de que quanto mais ampliado o entendimento sobre a demanda por parte dos profissionais envolvidos, melhor será a intervenção na perspectiva interdisciplinar e, como consequência, haverá ações comprometidas com a efetivação de direitos sociais, dentre eles o direito à saúde de forma integral, conforme preconizado no

SUS. O acompanhamento efetivo para as pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais precisa ser interdisciplinar e articulado por oferecer uma variedade de soluções, facilitar a identificação, a formação de vínculo com o sujeito e prevenir a reincidência do comportamento de acumulação através do monitoramento.

5.4.3 A Política Municipal de Atenção às Pessoas em Situação de Acumulação: elementos para reflexão

A proposta do eixo 3 permeia-se na discussão sobre a PMAIPSA, em processo de implantação, na cidade de São Paulo, desde a sua publicação, em dezembro de 2016. Logo, questiona-se: essa Política como executada atualmente, se atenta aos aspectos sociais e ambientais do território? Em conformidade com os sujeitos entrevistados, compreende-se algumas peculiaridades provenientes dessa Política:

AS1 A política, hoje, ela contribui pensando, no usuário, no munícipe como um todo, na sua integralidade. Mas eu acho que a gente ainda precisa melhorar, né? Eu acho que ela precisa ser revista, tem algumas coisas ainda que pecam. E quando a gente pensa na saúde e ainda mais de uma pessoa em situação de acumulação, a gente precisa pensar que é biopsicossocial. Hoje mesmo que tenha uma política, mas a gente ainda tem dificuldade para seguir o que está preconizado lá, fora a questão burocrática, que é muito grande. Então é tudo muito devagar, e em alguns momentos, construídos de cima para baixo, sem deixar que a gente construa tudo junto. Na prática, a gente tem essas dificuldades. De fazer acontecer de uma maneira que não seja tão violenta para o paciente que não seja tão adoeecedor para ele.

AS2 Então eu entendo que o CRASA está atendendo a expectativa dentro daquilo que consegue também. Porque não depende só deles. Tem uma rede imensa para dar conta de todas as situações. Mas hoje, eu entendo que sim, que o CRASA consegue atingir sua proposta de intervenção com relação a pessoas, situação de acumulação, mas que não depende só deles, é um trabalho mais amplo.

AS3 Eu acho que ela é boa sim que ela atende às demandas, relacionadas principalmente ao social, e acho que isso funciona por conta dos assistentes sociais que compõem a rede, né? Então, a partir de sua interpretação da política, a forma como que ela é executada. Ela, pelo menos ao meu ver, ela acontece bem aqui no Centro. Só que ela precisa de mais profissionais olhando para essa política, executando essa política junto com os outros tantos que já compõem. Aí a atenção básica à saúde, mas acho que precisa disso de mais força. É com profissionais atuando no CRASA e apoiando as unidades de saúde executar isso.

AS4 É, eu entendo que sim, que ela atende aos aspectos sociais e ambientais do território, considerando que ela envolve as Secretarias de saúde, assistência, então ela abrange toda a necessidade da pessoa em

situação de acúmulo, considerando a demanda que ela traz. Então eu entendo que sim, que a política atende agora.

É unânime entre os entrevistados o avanço que a PMAIPSA trouxe para o atendimento às pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais no município, levando em conta o princípio da integralidade do atendimento. O AS1 apesar de afirmar a contribuição da política para a efetivação de direitos, entende que a sua efetivação ainda é deficitária em decorrência da burocracia e lentidão nos processos de trabalho. De acordo com o AS3, a referida política funciona sobretudo pela contribuição ímpar dos/as assistentes sociais que compõem a rede e a articulam e, para sua ampliação necessita do envolvimento de outras profissões com mais afinco.

Um ponto importante identificado nos relatos é o isolamento das demandas em determinados setores, mesmo com a existência da política, divulgação dos fluxos, ainda não há padronização no atendimento na RAS Centro, como exemplifica AS1:

AS1 A impressão que dá é que às vezes fica uma coisa muito solta. A gente sabe que hoje o acúmulo é considerado uma questão de saúde pública, mas aí dentro da saúde, ele está isolado. Por exemplo, eu falei na questão anterior que a gente tem tentado atender a pessoa na sua integralidade, mas eu sei que isso ainda é muito falho. Dentro de uma unidade de saúde, a gente tem uma pessoa que atende o paciente, que é o técnico de referência e, às vezes, ele passa para um médico e o médico não sabe que ele é uma pessoa em situação de acúmulo. Então, a gente ainda precisa se conversar muito mais, porque pra atender essa pessoa não podemos isolar ela, fragmentar. Precisamos entender que outras questões estão na vida dessa pessoa. E talvez a política possa nos direcionar para isso.

O Decreto que define a Política PMAIPSA é considerado um avanço na garantia de direitos, mas a sua efetivação e implementação requer ainda mais esforços em um contexto de contrarreforma do Estado, fragmentação das políticas sociais e demais impactos provenientes do sistema neoliberal vigente, conforme sinalizado no capítulo 4, desta tese. No nível local de execução da PMAIPSA, esses impactos são perceptíveis na dificuldade de articulação intersecretarial das ações para atendimento às demandas, bem como a garantia de efetiva participação dos membros das demais secretarias nas reuniões mensais do CRASA. Aliada a isso, a fragmentação na própria política saúde,

conforme descrito por AS1, no depoimento acima. De um lado, a política prevê ações conjuntas e integradas e, de outro, a organização dos setores envolvidos apresenta-se de forma fragmentada, com tendências a intervenções isoladas.

Em decorrência desses fatores, o papel do serviço social é evidenciado, pois ao compreender essa dinâmica de correlação de forças, norteia a intervenção profissional na perspectiva de articulação multidisciplinar, intersetorial e intersecretarial para a efetivação da política.

AS4 É ela poderia contribuir melhor na efetividade dos serviços, mas aí caberia a própria secretaria de saúde, de assistência prover isso. Uma questão de gestão, né? Isso da gestão porque a política é formada pelo trabalhador, fomentada pelo trabalhador e, muitas vezes, eu percebo que nós enquanto trabalhadores, a gente fica naquela angústia de resolver a situação no dia a dia de encaminhar para outro serviço, porque é outro serviço que vai atender e não se atenta a essa particularidade da pessoa que está em situação de acúmulo e do que poderia prover de atendimento para ela. Então, se a gente conseguisse sair um pouquinho dessa angústia de querer resolver ou de passar para outro serviço, atender e resolver, a gente conseguiria pensar mais em políticas públicas nesse sentido de atendimento, para contemplar mais o atendimento da pessoa em situação de acúmulo.

Nesse sentido, AS4 enfatiza sobre a construção da política a partir dos trabalhadores que a fomentam no dia a dia, mas, ao mesmo tempo, há a necessidade de atenção dos gestores para a sua efetivação.

Vale ressaltar a experiência profissional dessa pesquisadora como assistente social da Vigilância Ambiental, no trabalho direto com pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais, entre 2008 e 2022, sendo que, a partir de 2016, como membro do CRASA Centro. Essa vivência permite identificar as dificuldades no trabalho com a rede intersecretarial devido a alguns fatores, inclusive já apontados nesta pesquisa, como a burocratização dos processos de trabalho entre as secretarias.

Como exemplo pode-se citar a dificuldade nas solicitações de retirada dos objetos considerados inservíveis pela pessoa em situação de acumulação, integrado com o trabalho da saúde. De acordo com o Decreto, essa atribuição é da Subprefeitura do território, realizada por meio das equipes de limpeza urbana. Outro problema é com relação à castração e doação de animais quando o usuário em situação de acúmulo aceita essas ações propostas pela equipe de

referência do caso. As castrações são realizadas a partir de Auto de Infração ao munícipe que acumula e a doação dos animais não é atribuição legal do poder público, mas sim do sujeito que realiza o acúmulo. Como se trata, na maioria dos casos, de usuários com demandas de saúde mental, pessoas idosas e residindo sozinhas, sem rede de apoio, a articulação para doação é praticamente impossível.

Em vivência internacional desta pesquisadora, de outubro a dezembro de 2022, no acompanhamento de alguns atendimentos às pessoas em situação de acumulação de objetos, realizado pela Câmara de Amadora, município localizado na região metropolitana de Lisboa, foi possível identificar fatores relevantes para a presente discussão. Por meio de observação participante e entrevistas a alguns profissionais, foi possível identificar que o município estava em fase de implantação de Comitê intersecretarial, envolvendo os setores de proteção social, limpeza urbana, vigilância e assistência à saúde, com o objetivo de:

É um projeto que garante uma intervenção em parceria, que tem como principais tarefas o diagnóstico das situações, o acompanhamento das situações com base numa intervenção centrada nas pessoas e na partilha de tarefas com vista à resolução e definição de estratégias de intervenção na área da insalubridade (Amadora, Portugal, 2022).

O fluxo estabelecido pela Câmara Municipal de Amadora prevê a responsabilidade de cada setor envolvido. A retirada dos objetos das residências efetiva-se com certa agilidade, a partir do aparato legal, seguindo alguns protocolos sobre: tentativa de abordagem, notificação da vigilância ao munícipe e prazos para a retirada, sob pena de ação coerciva. No fluxo consta: “Notificação do responsável pela situação para, no prazo de 10 dias, efetuar a limpeza da fração, sob pena de, não o fazendo, o Município da Amadora proceder à execução coerciva.” (Manual de Procedimentos – Insalubridade, Câmara de Amadora). A ação coerciva é realizada a partir de autorização do tribunal.

Observa-se que as demandas chegam por denúncias e pelo setor de proteção social, equivalente ao CREAS, no Brasil, é o responsável pela gestão do caso, através dos profissionais: assistente social, educador social e psicólogo. São realizadas visitas domiciliares e articulação com a vigilância sanitária para

a avaliação da insalubridade, termo utilizado para as situações de acumulação de objetos. Devido ao respaldo legal que enfatiza o impacto do acúmulo à saúde coletiva, a ação de remoção dos objetos é realizada de forma rápida, seja com permissão do munícipe ou coerciva. Percebe-se o enfoque na adequação do imóvel/ambiente.

Na observação participante e nos depoimentos dos profissionais, é enfatizada a reincidência dos casos, após a remoção. Identifica-se a necessidade de maior articulação com a política de saúde, fato que motivou a realização do Comitê, com a participação das equipes de saúde mental do território.

A experiência em Portugal permitiu compreender que a articulação das ações deve considerar os aspectos de saúde, ambientais e sociais antes, durante e depois do processo, desde a identificação consistente dos casos, a partir da busca ativa e preenchimento adequado do banco de dados, a elaboração do PTS por equipe multidisciplinar para a identificação e tratamento sobre a saúde, inclusive saúde mental, a aceitação e remoção paulatina dos objetos e melhoria das condições ambientais, finalizada pelo monitoramento, com o trabalho constante junto à rede de atenção socioassistencial e de saúde.

No contexto de fragilidade das políticas sociais, dar visibilidade às demandas postas no cotidiano profissional não é tarefa fácil, mas compreende-se como um movimento coletivo dos profissionais para a efetivação dessas políticas no território.

5.4.4 Contribuição do serviço social no trabalho intersetorial

Ao longo dos três eixos iniciais é perceptível a dimensão técnico-operativa do Serviço Social nas intervenções profissionais junto às pessoas em situação de acúmulo, balizadas no compromisso ético-político e teórico-metodológico. Observou-se nos depoimentos coligidos a presença dos aspectos sociais e ambientais nas falas dos assistentes sociais sujeitos da pesquisa, principalmente no primeiro eixo. Nesse sentido, faz-se necessário dialogar como esses profissionais identificam a contribuição do Serviço Social no atendimento às pessoas em situações de acumulação no seu local de trabalho. Antes, porém,

delineiam-se na fala dos profissionais os impactos do modo de vida da sociedade capitalista constatados no cotidiano de trabalho.

AS1 Hoje a gente vive numa sociedade que a gente precisa ter para ser, né? Então a gente tá nessa condição de que precisa comprar aquilo de que tem que ter. E está relacionado com o *status* também. Aqui nesse território a gente tem um número até assim considerável de pessoas que quando a gente entra na casa está muito relacionada ao consumismo aquele acúmulo. A gente tem alguns pacientes que eles vão comprando, vão comprando as coisas, deixando dentro de casa e quando a gente vai atendendo vai questionando o porquê disso. Por que você está guardando aquela “air fryer”, de seis anos atrás na caixa, lacrada? Porque se um dia eu precisar daquilo, eu vou ter em casa e aí ele não tem uma só, tem três em casa, porque se aquela que ele comprou e não usou quebrar, já tem a segunda e tem a terceira. Então impacta, né? Assim, quando a gente vê comercial de TV e quando é falando que a gente precisa comprar aquilo que vai fazer diferença na nossa casa, as relações que a gente tem com as pessoas está relacionado ao consumismo também para a gente ter as pessoas mais perto da gente eu preciso comprar tal roupa. A gente tem muitas pessoas aqui também que acumulam roupa. E aí, você vê, são roupas que nunca usaram que estão lá guardadas na casa.

AS2 Do mundo capitalista? Olha tendo em vista alguns casos que a gente acompanha, a gente entende que tem muitos usuários que tiveram posses no passado, né, tiveram e a partir do momento que teve um declínio econômico, né? Por exemplo, até alguns anos atrás você tinha tudo e hoje você não tem nada, isso de uma forma atinge o psicológico da pessoa, ela não consegue dar conta e se desorganiza. Então ela vive no passado. E eu acho que é a questão da acumulação que entra muito nisso. Ela começa a adquirir coisas que para ela vai fazer algum sentido e não se desfazem (...). Ele não quer se desfazer porque você perde aquilo que você já foi um dia, então começa a acumular para continuar dentro daquela história, daquele protagonismo que teve antes, aquele vínculo com o passado, é uma forma de resgatar aquela vivência que eles tiveram no passado.

AS3 Ai, eu acho que tem um impacto muito importante, muito relevante, principalmente da relação dos indivíduos com o dinheiro. E o quanto eles se cobram de ter com medo de não ter, e aí vem o excesso, né? Exacerbação desse desejo de compra, de necessidade, do medo de precisar e não ter vai gerando o acúmulo. Mas eu acho que está totalmente relacionada com o capitalismo, sim, como a forma que a gente vai se construindo enquanto sujeito, enquanto pessoa nessas necessidades de compra. Eu preciso ter, eu preciso ter. Então isso é bem latente, sim com as pessoas em situação de acúmulo.

AS4 Então a gente consegue identificar sim que no dia a dia de trabalho está relacionado diretamente com as relações capitalistas, as pessoas que acumulam trazem essa necessidade de ter para ser e existir (...).

Os sujeitos identificam como a sociabilidade do capital impacta diretamente nas demandas acompanhadas. Exemplificam sobre o ato de consumir utilizado pelos usuários, em determinado momento de vida, para existir

perante o meio social em que estabelecem suas relações. E, ao passar por processos de perdas de vínculos, seja de trabalho, familiar ou de determinado *status*, desencadeiam-se as situações de acúmulo. Refletem sobre a influência da mídia e demais construções e convenções sociais nesse contexto.

Marx (2010), ao discutir sobre a determinação de que o trabalhador se relaciona com o produto do seu trabalho de forma estranhada/alienada, sinaliza que:

Com efeito, segundo este pressuposto está claro: quanto mais o trabalhador se desgasta trabalhando, tanto mais poderoso se torna o mundo objetivo, alheio que ele cria diante de si, tanto mais pobre se torna ele mesmo, seu mundo interior, (e) tanto menos (o trabalhador) pertence a si próprio. (Marx, 2010, p. 81)

Percebe-se que os sujeitos sociais em situação de acúmulo, enquanto pertencentes ao mundo do trabalho, seja como aposentados ou em atividade, encerram a sua vida no objeto fruto do seu trabalho e não pertence mais a si, mas sim ao objeto, “a vida que ele concedeu ao objeto se lhe defronta hostil e estranha” (Marx, 2010, p. 81).

Diante dessas arguições, quais têm sido as contribuições do Serviço Social?

AS2 O serviço social ele já entra. Ele já entra na saúde com esse olhar mais ampliado para as questões sociais, né? Porque muitas vezes parte muito para a parte clínica do transtorno, então quando o profissional de serviço social entra e dá esse suporte para os outros profissionais, fortalece a questão interventiva do outro profissional, de entender a complexidade daquele caso num olhar para o indivíduo como um todo.

AS1 Eu acho. Eu acho, não tenho certeza, a nossa profissão tem um olhar diferenciado para a pessoa e isso já faz toda a diferença na abordagem e aí, pensando principalmente numa pessoa em situação de acumulação que a gente precisa ter um outro olhar, uma outra abordagem e o serviço social, na nossa formação, ele traz isso.

AS3 Eu acho que é fundamental. Acho que sem o serviço social a gente deixa de olhar o sujeito e olha só a acumulação. Então o serviço social viabiliza e garante que a gente olhe pro sujeito, para além do acúmulo de inservíveis, é do que aquele sujeito tem de demanda e que a gente vai garantir, vai viabilizar com políticas públicas com direitos sociais, então, acho que o serviço social é fundamental para o atendimento de pessoas em situação de acumulação.

AS4 (...) É de Extrema importância o trabalho do serviço social, considerando a visão ampla daquela situação que não só daquela situação que está sendo vista ali, daquela pessoa, com aqueles acúmulos, mas para além daquilo, daquela pessoa em situação, de acúmulo como um indivíduo, um cidadão de direito, que está naquele

momento com o seu direito violado pela situação muitas vezes de saúde mental, né? Que ela se encontra por um sofrimento de trauma que ela teve, ou por uma por um possível diagnóstico de saúde mental que ela possa ter.

Como profissão comprometida com os princípios éticos e direcionamento político, elucida-se nos relatos dos depoentes, a presença de diretrizes constantes no documento norteador “Parâmetros para a Atuação do Serviço Social na Saúde”, elaborado pelo conjunto CFESS/CRESS, em 2010, tais como: “ênfatar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal” e “facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação” (CFESS, 2010, p. 45).

Os/as assistentes sociais entrevistados identificam os os determinantes sociais da saúde dos usuários, quando apontam o “olhar para o indivíduo como um todo” (AS2), pois “sem o serviço social a gente deixa de olhar o sujeito e olha só a acumulação”. (AS3), considerando a visão ampla daquela situação. A profissão posiciona-se por meio dessa perspectiva de atuação profissional voltada ao sujeito social, sua condição de vida, histórico e relações sociais estabelecidas e/ou fragilizadas. Portanto, há a identificação das expressões da questão social presentes na realidade dos sujeitos.

O compromisso com os usuários dos serviços nos diversos espaços sócio-ocupacionais da RAS Centro faz do Serviço Social profissão fundamental no atendimento às situações de acúmulo, sobretudo com o olhar ampliado para os sujeitos sociais em suas múltiplas dimensões. Possui a capacidade de compreender o ser social que se encontra por trás do acúmulo, por trás de um transtorno e identificar a sua singularidade para dar respostas profissionais eficientes e efetivas quanto à garantia de direitos sociais.

AS1 E aí eu consigo perceber muito aqui, nesses territórios, como fez diferença ter uma assistente social dentro da equipe para poder direcionar, para respeitar o limite. (...) Faz muita diferença a gente respeitar a história de vida, a gente compreender a história de vida dessa pessoa e a gente pensar nas diferentes políticas públicas que a gente pode trazer isso para a realidade dela. Como pensar no acesso ao direito. Que ela reconheça os direitos dela, que ela reconheça o território e quais as potências desse território, como ele pode auxiliar nas questões de saúde, nas questões de fortalecimento de vínculo com o território, de fortalecimento do vínculo familiar. Isso eu acho que é

uma particularidade do serviço social que você não encontra em outra profissão.

AS2 É entender o contexto familiar, o ambiente que ele vive, quais as causas sociais ou ambientais que propuseram ele a chegar nessa questão, então vai de olhar diferenciado que acaba trazendo pra outros profissionais também. A parte do que social contribui naquela questão da saúde daquela pessoa. Então, a gente precisa compreender isso, todos os profissionais. Porque o usuário ali não é só do serviço social, ele não é só da nutricionista, ele não é só da fono. Ele pertence a todos. Mas se todos não tiverem um olhar ampliado para aquele paciente, é vira uma conduta reducionista. (...) Conhecer o que a relação de trabalho que ele teve, tudo isso contribui com a intervenção mais significativa e efetiva.

AS4 E por que que eu coloco que é de extrema importância, porque quando a gente conversa com nossos colegas de trabalho, a gente trabalha com o enfermeiro, com o médico (...) eles não têm essa percepção. A percepção é de que é uma pessoa, até desculpa a palavra. Mas eles usam, é uma pessoa porca que deveria tirar aquele lixo porque é preguiçosa. O profissional de serviço social estando nesse trabalho consegue levar essa outra visão da necessidade de entender aquela pessoa como uma pessoa de direito que está ali com seu direito violado e precisa de atendimento. E aí é junto com as políticas públicas, a gente consegue fazer o trabalho que precisa ser feito.

Distante de romantizar o fazer profissional dos/as assistentes sociais, os resultados das entrevistas trazem uma reflexão importante sobre a formação e a intervenção em saúde, que se mostra cada vez mais especializada, fragmentada. Por um lado, aprofunda-se em aspectos específicos, mas perde-se na análise e intervenção na perspectiva da universalidade. Por meio dos depoimentos, foi possível afirmar que o Serviço Social, através de sua base hegemônica crítica, materialista, histórica e dialética, posiciona-se diante da problemática referente às situações de acumulação, considerando não apenas os aspectos de saúde, mas os sociais e ambientais, presentes no cotidiano.

Quando o AS2 verbaliza sobre “entender o contexto familiar, o ambiente em que ele vive, quais as causas sociais ou ambientais que propuseram ele a chegar nessa questão”, depreende-se a leitura profissional quanto à dimensão ambiental naquela realidade, como as condições insalubres foram desencadeadas e de que forma impactam na vida dos usuários, familiares e vizinhos, além dos aspectos sociais, sejam socioeconômicos ou nas relações estabelecidas com parentes e amigos. Assim, é preciso entender o contexto para a intervenção comprometida com a viabilização de direitos sociais aos usuários.

Cada sujeito entrevistado, com sua maneira de expressar o fazer profissional, converge na percepção da problemática para além das questões patológicas ou higienistas e, ao mesmo tempo, identifica as dificuldades de lidar com essas visões de outros profissionais nos diferentes espaços de trabalho, além dos entraves institucionais que limitam o avanço da intervenção.

Nesse cenário, compreende-se que as análises dos sujeitos da pesquisa vão até certo ponto de abstração e conceituação próprios do posicionamento enquanto trabalhadores inseridos na realidade com suas diversas determinações. Cabe, nesse momento, desenvolver mediações a partir das contribuições dos/as assistentes sociais sujeitos da pesquisa, sobre a relação das situações de acumulação de objetos e/ou animais com as dimensões sociais e ambientais, objeto desta tese.

Em uma das perguntas do questionário aplicado aos assistentes sociais da RAS Centro, apresentada no capítulo 4, a respeito de a quais aspectos as situações de acumulação podem estar relacionadas, a resposta de todos os profissionais contemplou o aspecto de saúde mental. A análise imediata foi de não identificação por parte dos sujeitos, das dimensões sociais e ambientais no dia a dia de atendimento às demandas.

Porém, com a apropriação de que, no espaço urbano, as relações com saúde mental se complexificam, dado que se adicionam à conta as relações sociais ampliadas, questões políticas, culturais, de renda e da economia urbana, quando os profissionais identificam aspectos de saúde mental nas situações de acumulação de objetos e/ou animais, no centro de uma metrópole como São Paulo, é possível estabelecer conexões entre as características externas que impactam na saúde mental desses sujeitos, ou seja, ao identificar a saúde mental, esta encontra-se conectada às dimensões urbana e social.

Ainda, quando se pensa no espaço físico e saúde mental, a cidade deve proporcionar elementos essenciais como salubridade, iluminação pública, segurança, acesso a serviços e equipamentos urbanos, para uma ocupação prazerosa, confortável e segura para seus habitantes realizarem suas atividades diárias (Costa; Bahia, 2022). Nesse processo, as dimensões ambiental e mental são convergentes. Com isso, em uma situação de acúmulo de objetos e/ou animais e como consequência o ambiente insalubre, com riscos à coletividade, impacta na saúde mental, tanto individual como externa.

Na sequência das análises, a dimensão ambiental é apontada pelos entrevistados como risco à saúde, tanto dos sujeitos como coletiva, quanto à proliferação de pragas que podem ocasionar zoonoses e o excesso de resíduos dentro e fora dos domicílios. A esfera do consumo e aquisição desenfreada de objetos por parte dos usuários atendidos trouxe a reflexão das consequências para o ambiente e a dimensão subjetiva sobre a necessidade de ter objetos como forma de status social ou para suprir a dimensão do “ser” enquanto sujeito. A supervalorização do “mundo das coisas”, reforçada pela mídia e redes sociais, são aspectos a serem considerados na apropriação do objeto de estudo.

Sobre o consumo excessivo apresentado pelas pessoas em situação de acúmulo, importante reforçar a compreensão da dinâmica do capital, onde a produção acaba por criar o consumidor, pois determina o modo de consumo, ao gerar nele a necessidade de aquisição dos produtos. Além disso, exercem um controle sobre os sujeitos, que passam a se reconhecer em suas mercadorias, a encontrar a alma nos objetos que os cercam, uma relação de dependência e como consequência da aquisição descontrolada, a dinâmica de descarte prematuro e desperdício das mercadorias também tem sua base na natureza expansionista.

A dimensão social presente nas situações de acumulação, de acordo com as informações empíricas analisadas, perpassa pela vulnerabilidade social que independe da situação socioeconômica. Fator importante na compreensão sobre vulnerabilidade social para além da questão de renda, de características como abandono e negligência, seja por parte da família ou do Estado. Outros aspectos importantes, atrelados às manifestações da questão urbana, são o isolamento social e a perda de vínculo familiar e comunitário.

Outra questão relevante é a invisibilidade, tanto das situações de acúmulo como dos sujeitos que acumulam. O acúmulo de objetos e/ou animais em domicílio ainda é invisível para a sociedade contemporânea, considerando-se como exemplo, a cidade de São Paulo, que possui, de acordo com o IBGE 2022, 11.451.245 e o banco de dados municipal tem registrado apenas 1809 casos, ou seja, 0,01% da população. Aliado a isso, quando os casos são identificados, muitos dos sujeitos permanecem invisíveis em decorrência de intervenções que não consideram quem se encontra por trás da acumulação, seja pelo preconceito ou desconhecimento.

Acredita-se que a contribuição do Serviço Social, para além de um diagnóstico de transtorno de acumulação, apresentado pelos profissionais médicos, possa fomentar, junto aos profissionais e políticas setoriais envolvidas na PMAIPSA, o olhar sobre os sujeitos sociais que existem por trás do acúmulo e contribuir para a visibilidade da problemática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos críticos da realidade social delineiam-se na afirmação: “se aparência e essência coincidissem, toda ciência seria supérflua”, premissa materialista e dialética do conhecimento da qual parte o método marxiano.

Nessa perspectiva, nossa investigação partiu do objetivo de identificar as determinações da relação entre pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais e as dimensões social e ambiental, a partir da intervenção dos/das assistentes sociais na área da saúde, considerando a análise da Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação da cidade de São Paulo. Seguindo esse fio condutor, buscamos desvelar as dimensões social e ambiental que perpassam a discussão sobre pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais, com vistas a problematizar as determinações estruturais diretamente na realidade social.

No primeiro capítulo, nossa investigação partiu do problema concreto para o teórico, apresentando a situação de acumulação de objetos e/ou animais sob suas diversas representações na sociedade contemporânea, desde a conceituação sobre a Síndrome de Diógenes, na esfera da saúde mental, passando pelas manifestações do senso comum, até a perspectiva de análise crítica, escolhida para delinear esta pesquisa.

Para a problematização teórico-metodológica do objeto de estudo, no segundo capítulo, trabalhamos a categoria questão ambiental, contextualizando a crise socioambiental e sua relação com o consumo na sociedade capitalista contemporânea. A análise bibliográfica contribuiu para identificar aspectos da dimensão ambiental que pudessem se relacionar com as situações de acumulação de objetos e/ou animais.

Sob o olhar da questão urbana, o terceiro capítulo apontou essa categoria aproximando-a da particularidade do território de pesquisa: a região central da cidade de São Paulo, metrópole escolhida como locus de investigação por suas características que expressam a realidade urbana e socioambiental da sociedade capitalista em suas diversas dimensões. A apropriação de conhecimento sobre o Centro da cidade nos permitiu compreender, dentre outros fatores, os impactos da pandemia, com acentuado processo de degradação da

região, que se desenrola há décadas. Na pós-Covid, ficou ainda mais evidente, com o comércio de portas fechadas e a presença ostensiva de policiais militares e guardas-civis metropolitanos na região.

Apresentamos o levantamento do arcabouço legal no quarto capítulo, com as legislações existentes no país que envolvem o atendimento às situações de acumulação, assim, foi possível identificar que o cenário das políticas públicas para o atendimento a essas demandas, no Brasil, ainda é incipiente. Dentre as treze normativas apresentadas entre as legislações estaduais e das capitais dos estados, constatamos apenas sete aprovadas, sendo duas leis estaduais, três leis municipais em capitais, um decreto e uma norma técnica. Das normas vigentes, duas são específicas para o acúmulo de animais, não contemplando a acumulação de objetos.

Ainda no capítulo quatro, nos aproximamos da política de saúde na cidade de São Paulo, na perspectiva sócio-histórica das mudanças ocorridas nos últimos anos. A capital paulista foi pioneira na publicação de política pública para atendimento às situações de acumulação de objetos e/ou animais, com o Decreto 57.570/2016. Analisamos o banco de dados referente às situações de acumulação no território da CRS Centro e foi possível constatar que 83,33% das pessoas em situação de acumulação no Centro de São Paulo são do sexo feminino e quanto à faixa etária, 78,88% são pessoas idosas. Sobre o tipo de acúmulo, as situações relacionadas à presença de objetos em excesso no domicílio representam um total de 75% e, ainda, considerando que na descrição de “ambos”, eles também estão incluídos, a porcentagem de pessoas que acumulam objetos é ainda maior, chegando a 88% dos casos e a de animais 12%.

Diante das constatações do capítulo quatro, sobre a caracterização dos sujeitos sociais que estão em situação de acumulação, identificados pela política de saúde, no território do Centro, o capítulo cinco buscou compreender a intervenção do Serviço Social no âmbito da PMAIPSA e como as dimensões social e ambiental perpassam no cotidiano profissional. Como caminho metodológico, apresentamos breve histórico da profissão na área da saúde, bem como os Parâmetros para a Atuação do Serviço Social na Saúde, elaborados pelo conjunto CFESS/CRESS, como subsídios para a análise do trabalho

profissional nos espaços sócio-ocupacionais na política de saúde, que atendem às situações de acumulação de objetos e/ou animais na RAS Centro.

Na pesquisa empírica materializada pelos questionários, identificamos que a maioria dos profissionais já se deparou com o atendimento a pessoas em situação de acúmulo, a partir das respostas, confirmamos a premissa sobre o envolvimento dos/as assistentes sociais no atendimento às situações de acumulação de objetos e/ou animais no território central da cidade de São Paulo, tendo em vista que 94,12% dos sujeitos já atenderam pessoas nessa situação e conhecem o Decreto e o CRASA. Além disso, dos que conhecem o Comitê, 25% já tiveram a oportunidade de participar das reuniões mensais.

No questionamento sobre os aspectos presentes nas situações de acumulação de objetos e/ou animais atendidas pelos/as assistentes sociais sujeitos da pesquisa, a saúde mental foi apontada por todos os profissionais. Nessa perspectiva, compreendemos que as demandas que chegam à profissão na área da saúde estão relacionadas a essa questão, proveniente também dessas relações externas do espaço urbano.

Constatamos, no decorrer da análise, que as dimensões social e ambiental são apresentadas pelos profissionais, sujeitos da pesquisa, a partir de alguns aspectos. Quanto à dimensão ambiental, apontam-se residências insalubres, com proliferação de animais sinantrópicos, odor fétido no entorno e impactos na saúde coletiva, envolvendo os vizinhos e familiares das pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais. A dimensão social é delineada através de fatores como isolamento social, decorrente da quebra de vínculo com familiares e amigos, além da prevalência de idosos residindo sozinhos. E essas características estão entrelaçadas com as dimensões urbana e de saúde mental.

A ênfase sobre saúde mental, tanto na resposta dos questionários como nas respostas das entrevistas, nos fez buscar mediações entre a saúde mental e o espaço urbano, e identificamos em Bahia e Costa (2022), que as relações com saúde mental se complexificam no meio urbano, dado que se adicionam à conta as relações sociais ampliadas, questões políticas, culturais, de renda e da economia urbana. Portanto, quando os profissionais identificam aspectos de saúde mental nas situações de acumulação de objetos e/ou animais, no centro de uma metrópole como São Paulo, é possível estabelecer conexões entre as características externas que impactam na saúde mental desses sujeitos, ou seja,

ao identificar a saúde mental, esta encontra-se conectada às dimensões urbana e social.

A dimensão ambiental é apontada pelos entrevistados como risco à saúde, tanto dos sujeitos como coletiva, considerando a proliferação de pragas que podem ocasionar zoonoses e o excesso de resíduos dentro e fora dos domicílios. A esfera do consumo e a aquisição desenfreada de objetos, por parte dos usuários atendidos, trouxeram a reflexão das consequências para o ambiente e a dimensão subjetiva sobre a necessidade de ter objetos como forma de *status* social. Ainda sobre o consumo excessivo, importante reforçar a compreensão da dinâmica do capital, onde a produção acaba por criar o consumidor, pois determina o modo de consumo, ao gerar no consumidor a necessidade de aquisição dos produtos.

Sobre as características sociais presentes nas situações de acumulação, essas perpassam pela vulnerabilidade social que independe da situação socioeconômica. Fator importante na compreensão sobre vulnerabilidade social, para além da questão de renda, de características como abandono e negligência, seja por parte da família ou do Estado. Outros aspectos importantes, atrelados às manifestações da questão urbana, são o isolamento social e a perda de vínculo familiar e comunitário.

Identificamos que os caminhos para a compreensão das situações de acumulação em suas múltiplas dimensões estão abertos, seja no senso comum, na área acadêmica ou nas políticas públicas, porém caminhando a passos lentos dada a invisibilidade dessa demanda quanto aos dados quantitativos concretos. Dentre os fatores que justificam essa invisibilidade estão:

- Indefinição conceitual. O DSM5 apresenta o conceito de Transtorno de Acumulação, vinculado a um diagnóstico médico, no entanto, a situação de acumulação de objetos e/ou animais pode ser identificada e mensurada pelos demais profissionais, ao considerarmos os aspectos que a envolvem, evidenciados nesta tese: ambiental, social, urbano e de saúde;
- Ausência de estudos críticos na área, o que impossibilita a problematização das situações de acumulação de objetos e/ou animais enquanto expressão da questão social, atrelada à sociedade capitalista;

- Ausência de formulação e implementação de políticas públicas descentralizadas que possam incorporar as situações de acúmulo como demanda intersetorial, assumida pelo Estado;
- Ausência de notificação compulsória das situações de acumulação de objetos e/ou animais vinculada à Vigilância Epidemiológica como agravos à saúde.

A partir da análise da intervenção do Serviço Social na PMAIPSA, da cidade de São Paulo, compreendemos que a contribuição do Serviço Social no atendimento às pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais delinea-se na identificação dos aspectos que permeiam essa problemática, para além da imediatez. O Serviço Social compreende a dimensão social ao relatar sobre as características do meio urbano que rebatem nas situações de acúmulo, apreende os aspectos ambientais na identificação dos fatores de risco individuais e coletivos, decorrentes das situações dos usuários e identifica a saúde mental e sua relação com a questão urbana.

Para tanto, afirmamos a tese, apresentada como hipótese inicial desta pesquisa, sobre a relação entre pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais e as dimensões social e ambiental. Compreendemos o Serviço Social como articulador no trabalho interdisciplinar de implementação da política, na perspectiva de defesa intransigente dos direitos das pessoas que existem por trás do acúmulo, contribuindo para a visibilidade da problemática em suas múltiplas dimensões.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. C. *Serviço Social, Trabalho Profissional na área de saúde ambiental: demandas e competências*. 2010. Monografia (Especialização em Serviço Social: direitos sociais e competências) - Universidade de Brasília, UnB/CFESS, Brasília, 2010.

ALMEIDA, R.; RIBEIRO, O. Síndrome de Diógenes: revisão sistemática da literatura. *Revista portuguesa de saúde pública*, v. 30, n. 1, p. 89-99, 2012.

AMADORA. (PORTUGAL). Câmara Municipal. *Manual de procedimentos insalubridade*, 2022. Disponível em: [file:///C:/Users/004615/Downloads/Procedimentos%20Insalubridade%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/004615/Downloads/Procedimentos%20Insalubridade%20(6).pdf). Acesso em: 20 jan. 2023.

BAHIA, A. T. Bahia; COSTA, L. A. M. Diálogos entre cidade e saúde mental: um caso de estudo da Comunidade da Rua Monsenhor Rubens Mesquita, Salvador – BA, Brasil. *Revista de pesquisa em arquitetura e urbanismo, iau-usp*, v. 20, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/risco/article/download/185470/183295>. Acesso em: 26 jul. 2023.

BARCELLOS, C; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 1, p. 170-177, jan./fev., 2006.

BEHRING, E; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009. v. 2.

BORGES, G. F. B. B. A tripartidação da retórica no cinismo de Diógenes de Sínope. *Faces da História*, Assis/SP, v. 7, n. 2 p. 216-232, jul./dez., 2020. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/facesdahistoria/article/view/1707/1509>. Acesso em: 02 ago. 2023.

BÓRON, A. A atualidade do manifesto comunista. In: BORON, A. *A coruja de minerva - mercado contra democracia no capitalismo contemporâneo*. Tradução de Ana Carla Ferreira. Petrópolis, RJ: Vozes; CLACSO; LPP. 2001.

BRASIL. *Conferência Nacional de Saúde Ambiental – Saúde e Ambiente, vamos cuidar da gente*. Relatório Final. Brasília, 2010.

BRASIL. *Conferência Pan-americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável*. Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Planonac.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília. DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 jul. 2023.

BRASIL. Instrução Normativa MS/SVS nº 1 de 7 de março de 2005. Regulamenta a Portaria nº 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de Vigilância em Saúde Ambiental. *Diário Oficial da União* 2005. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0001_07_03_2005_rep.html Acesso em: 08 mar. 2022.

BRASIL. *Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8080&ano=1990&ato=9f7gXSq1keFpWT905> Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. *Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006*. Disponível em: www.camara.gov.br/sileg/integras/696097.pdf. Acesso em: 30 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. *Portaria nº 518, de 5 de outubro de 2004*. Disponível em: www2.cultura.gov.br/upload/Port22_ed6_class_1165439643.pdf. Acesso em: 10 set. 2015.

BRASIL. *Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009*. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. (Org.). *Serviço Social e Saúde*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). *Política social e democracia*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRAVO, M. I. S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo / Rio de Janeiro: Cortez / UFRJ, 1996.

BRAVO, M. I. S. *Saúde e Serviço Social no Capitalismo*. São Paulo: Cortez: 2013.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. Fórum em defesa do serviço público e contra as fundações estatais de direito privado no Rio de Janeiro: uma

experiência de assessoria. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. *Assessoria, consultoria & serviço social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRESCIANI, M.S. M. *Londres e Paris no século XIX: o espetáculo da pobreza*. São Paulo: Brasiliense, 1985. (Coleção Tudo é História, n. 52).

BULOW, J. "An Economic Theory of Planned Obsolescence". *The Quarterly Journal of Economics*, v. 101, n. 4, p. 729-749, 1986.

CCZ. *Animais Sinantrópicos: como prevenir*. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde – Centro de Controle de Zoonoses. São Paulo, 2004.

CFESS. *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*. Disponível em: <http://www.cfess.org.br>. Acesso em: 15 set. 2010.

CFESS/ABEPSS: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

CLARK, B.; FORSTER, J. B. A dialética do metabolismo socioecológico: Marx, Mézàros e os limites absolutos do capital. *Margem Esquerda, ensaios marxistas*, São Paulo: Boitempo, n. 14, 2010.

COELHO, V. S.; SZABZON, F.; DIAS, M. F. Política Municipal e Acesso a Serviços de Saúde. *Revista Novos Estudos*, nov., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/nec/n100/0101-3300-nec-100-00139.pdf>. Acesso em: 22 maio 2015.

CHAGAS, J. C.; PEDROZA, R. L. S. Patologização e Medicalização da Educação Superior Universidade de Brasília. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 32, n. esp., p. 1-10, 2017.

CHESNAIS, F.; SERFATI, C. "Ecologia" e as condições físicas da reprodução social: alguns fios condutores marxistas. In: CRÍTICA MARXISTA, v. 16. p. 1-40, São Paulo: Xamã, 2003. Disponível em: https://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/16chesnais.pdf. Acesso em: 01 ago. 2022.

GROSSI, M. A Capitalismo e Questão Ambiental: contribuições da Tradição Marxista. *Libertas*, v. 3, n. 2, p. 33-56, jul. 2009.

ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. Tradução de B. A. Schumann. São Paulo: Boitempo, 2010.

FOLADORI, G. R. O Capitalismo e a crise ambiental. *Raízes - Revista de ciências sociais e econômicas*, v. 19, p. 117-125, maio 1999.

FOLADORI, G. R. O Metabolismo com a natureza. *Crítica Marxista*, Rio de Janeiro: Revan, v. 12, p. 105-117, 2001.

FOSTER, J. B. *A ecologia de Marx: materialismo e natureza*. Rio de Janeiro:

Civilização Brasileira, 2005.

FRÚGOLI JR., H. *Centralidade em São Paulo: trajetórias, conflitos e negociações na metrópole*. São Paulo: Cortez: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

FRÚGOLI JR., H. *São Paulo: espaços públicos e interação social*. São Paulo: Marco Zero, 1995.

GARGIULO, M. S.; CIOLELLA, D. A.; NORMANN, K. A. S. et al. Identificação e cuidados no transtorno de acumulação. *Rev. Enferm. UFPE on-line*, Recife, v. 11, n. 12, p. 5028-5036, dec., 2017

IAMAMOTO, M. V. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

ISAGUIRRE- TORRES, K. R. *As lutas por justiça socioambiental diante da emergência climática*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/yDkqJkpnpdHnQHZcF395Zkk/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13 jun. 2023.

JOSÉ, B. K. *A popularização do centro de São Paulo: um estudo de transformações ocorridas nos últimos 20 anos*. 2010. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

JUNQUEIRA, V. *Saúde na Cidade de São Paulo (1989 a 2000)*. 2. ed. São Paulo: Pólis/PUC/SP, 2002.

KAYANO, J. *Saúde: controle social e política pública*. 1. ed. São Paulo: Pólis/PUC/SP, 2007.

KOHARA, L. São Paulo: repovoamento das áreas centrais. In: KOHARA, L. *São Paulo: Sentidos Territoriais e Políticas Sociais*. SENAC: São Paulo, 2013.

KOWARICK, L. *As Lutas Sociais e a Cidade: São Paulo, passado e presente*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

KOWARICK, L. (Org.). *São Paulo: novos percursos e atores*. São Paulo: Centro de Estudos da Metrópole, 2011.

KOWARICK, L. *Viver em Risco: sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil*. São Paulo: Editora 34, 2009.

KOWARICK, L. *Escritos urbanos*. São Paulo: Editora 34, 2000.

LAYRARGUES, P. P. Pandemias, colapso climático, antiecológico: educação ambiental entre as emergências de um ecocídio apocalíptico. *Revista Brasileira de Educação Ambiental, RevBEA*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 1-30, 2020.

LEFEBVRE, H. *O marxismo*. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1974.

MACHADO, J. M. H. Vigilância em saúde ambiental e do trabalhador: reflexões e perspectivas. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 399-406, 2011.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: *DSM-5*. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5. ed. American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARCH, C. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidades Públicas e Autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. *Universidade e Sociedade*, DF, ano XXI, n. 49, jan., p. 62-70, 2012. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/3775261/562571220/name/US49pg62-70>. Acesso em: 09 jun. 2015.

MARX, K. *Manuscritos Econômico-Filosóficos*. Tradução de Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, K. *O Capital*: livro 1. Rio de Janeiro: Boitempo, 2011. v. 1.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. Os dilemas do financiamento do SUS no Interior da Seguridade Social. *Economia e sociedade*, Campinas, v. 14, n. 1 (24), jan./jun., p. 159-175, 2005. Disponível em: <http://www.eco.unicamp.br/docdownload/publicacoes/instituto/revistas/economia-esociedade/V14-F1-S24/07-RosaAquilasMendes.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2015.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC- ABRASCO, 1999. Cap. 1.

MESZARIOS, I. *Produção destrutiva e estado capitalista*. São Paulo: Ensaio, 1989.

MESZARIOS, I. *Para além do capital*. São Paulo: Boitempo, 2010.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007.

MOTA, A. E. et al. (Org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. OPAS, OMS, Ministério da Saúde. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

NASCIMENTO, I. C. R.; PIEVE, Stella Maris Nunes. Despejos e remoções forçadas no período da pandemia: o caso do bairro Campos Elíseos, centro de São Paulo. *Revista de Direito da Cidade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 2021. Disponível em: <https://dspace.almq.gov.br/handle/11037/41062>. Acesso em: 01 fev. 2022.

NETO, E. R. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

NETTO, J. P. *A Construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea*. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-1.pdf. Acesso em: 15 ago. 2022.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. *Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais*. Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional. OPAS, OMS, Ministério da Saúde. São Paulo: Cortez Editora, 2006.

OLINTO, M. T. A. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 1, n. 2, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/NbDG8bGnBrZZqQKDsHQ9SCz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2023.

PAHIM, M. L. L. *Organizações Sociais de Saúde do estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde*. 2009. 250 p. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PANIAGO, M. C. S. "A Crise Estrutural do Capital, os Trabalhadores e o Serviço Social". *Coletânea "Crise Contemporânea e Serviço Social"*. Maceió: Edufal, 2010. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/3XIOL807h05Zp51XR6H7.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

PINHEIRO, J. *Controvérsias sobre o PAS*. Disponível em: http://www.pucsp.br/neils/downloads/v4_artigo_jair.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2022.

PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, jul./set., 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8HVkGwqgWKYZSzH8xdpxcqH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2023.

RAICHELIS, R. D. Gestão Pública e a Questão Social na Grande Cidade. *Revista Lua Nova*, São Paulo, n. 69, 2006.

REZENDE, C. A. P. O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S et al. (Org.). *Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008.

ROHLFS, D. B.; GRIGOLETTO, J. C.; FRANCO NETTO, G.; RANGEL, C. F. A construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, out., 2011.

SALATA, A. R.; RIBEIRO, M. G. *Boletim Desigualdade nas Metrôpoles*. Porto Alegre/RS, n. 09, 2022 Disponível em: https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/wp-content/uploads/2022/08/BOLETIM_DESIGUALDADE-NAS-METROPOLES_09-1.pdf. Acesso em: 13 ago. 2023.

SÃO PAULO. Município. *Portaria Municipal nº 1.575, de 19 de outubro de 2015*. Institui o Comitê Intersecretarial de Enfrentamento do Transtorno de Acumulação, no âmbito do Município de São Paulo, com a atribuição de formular e acompanhar a implantação da Política de Atendimento às pessoas com Transtorno de Acumulação e outros casos em que seja observada a acumulação de objetos e animais, com potencial risco à saúde individual e coletiva. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-do-governo-municipal-1575-de-20-de-outubro-de-2015/consolidado>. Acesso em: 02/06/2023

SÃO PAULO. Município. *Decreto n. 57.570, de 28 de dezembro de 2016*. Institui a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/sao-paulo/decreto/2016/5757/57570/decreto-n-57570-2016-institui-a-politica-municipal-de-atencao-integral-as-pessoas-em-situacao-de-acumulacao>. Acesso em: 15 jan. 2022.

SCHMIDT, D. R.; MÉA, C. P. D.; WAGNER, M. F. Transtorno da Acumulação: características clínicas e epidemiológicas. Faculdade Meridional, Brasil – IMED. *Revista CES Psicologia*, v. 7, n. 2, pp. 27-43, jul./dez., 2014. ISSN 2011-3080.

SILVA, M. O. S. *O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, M. G. *Questão Ambiental e desenvolvimento sustentável: um desafio ético-político ao serviço social*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, Z. P. *A Política Municipal de Saúde (2001-2003)*. 1. ed. São Paulo: Pólis/PUC/SP, 2004.

SOUSA, L. E. P. F. de. Saúde pública ou saúde coletiva. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 15, n. 4, p. 07-21, out./dez., 2014.

STUMPF, B. P.; ROCHA, F. L. Síndrome de Diógenes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2010, v. 59, n. 2, p. 156-159. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/RKHJxRjgN4s3pPfkHwJL5Nb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 03 maio 2023.

STUMPF, B. P.; HARAB, C.; ROCHA, F. L. Transtorno de acumulação: uma revisão. *Geriatr Gerontol Aging*, v. 12, n. 1, p. 54-64, 2018. Disponível em

<https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v12n1a10.pdf>. Acesso em: 03/05/2023.

TALHARI, J.; HANGAI, M. *Cultura e “degradação”*: notas etnográficas sobre as rearticulações na região da Luz (SP) com o impacto da pandemia de Covid-19. Ponto Urbe. Revista do Núcleo de Antropologia Urbana da USP, v. 2, 2022. Disponível em: <https://journals.openedition.org/pontourbe/13026> Acesso em: 04 jul. 2023.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 1. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

VANNUCCHI, A. M. C. *Projeto Inclusão Social Urbana: nós do Centro*. São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2009.

WEISS, K. J. Hoarding, Hermitage, and the Law: Why We Love the Collyer Brothers, MD. *J Am Acad. Psychiatry Law*, v. 38, n. 2, p. 251-7, 2010.
YAZBEK, M. C. O significado sócio-histórico da profissão. In: *Serviço Social: direitos e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

ZACARIAS, R. Sociedade do Consumo ou Ideologia do Consumo: um embate. *Jornal Eletrônico*: Faculdades Integradas Vianna Junior, ano v, n. 1, maio, 2013.

ANEXOS
E
APÊNDICES

Anexo 1

DECRETO Nº 57.570, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2016

Institui a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação.

FERNANDO HADDAD, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei,

D E C R E T A:

Art. 1º Fica instituída a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação.

Art. 2º Para os fins deste decreto, considera-se como situação de acumulação o acúmulo excessivo de objetos, resíduos ou animais, associado à dificuldade de organização e manutenção da higiene e salubridade do ambiente, com potencial risco à saúde individual e coletiva, a qual pode estar relacionada a um transtorno mental ou outras causas.

Art. 3º A Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação observará os seguintes princípios e diretrizes:

I – universalidade;

II – acessibilidade;

III – fortalecimento do vínculo familiar e comunitário;

IV – continuidade do cuidado;

V – integralidade da atenção;

VI – responsabilização;

VII – humanização;

VIII – equidade;

IX – territorialidade.

Art. 4º São objetivos da Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação:

I – garantir a atenção integral à saúde das pessoas em situação de acumulação, objetivando o seu bem-estar físico, mental e social e a adoção de medidas de prevenção de doenças e proteção da saúde individual e coletiva;

II – fortalecer a articulação das ações de vigilância e assistência à saúde e contribuir para a organização e qualificação dos serviços da rede de atenção à saúde, objetivando a integralidade do cuidado, bem como o apoio matricial para a gestão do trabalho em saúde;

III – estabelecer as medidas de intervenção necessárias e os órgãos competentes pela sua execução no atendimento às pessoas em situação de acumulação, visando ampliar a capacidade de intervenção e resolutividade, mediante uma atuação interdisciplinar, intersetorial e integrada;

IV – garantir a formação e educação permanente de profissionais e gestores para planejamento e execução das ações e serviços necessários ao atendimento às pessoas em situação de acumulação;

V – promover o engajamento da família e da comunidade próxima no apoio à pessoa em situação de acumulação, visando o fortalecimento de seus vínculos sociais e comunitários, bem como a adoção das medidas necessárias no âmbito domiciliar a fim de intervir nas condições e fatores de risco à saúde individual e coletiva identificados nesse ambiente;

VI – proporcionar o acesso das pessoas em situação de acumulação e vulnerabilidade social aos benefícios assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica.

Art. 5º Fica criado o Comitê Intersecretarial de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação, vinculado à Secretaria Municipal da Saúde, responsável por acompanhar, avaliar e identificar as dificuldades na implementação da Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação, composto por representantes dos seguintes órgãos municipais:

I – 3 (três) representantes da Secretaria Municipal da Saúde, sendo 1 (um) da Coordenadoria de Vigilância em Saúde, 1 (um) da Coordenadoria de Atenção Básica e 1 (um) da área de Saúde Mental;

II – 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social;

III – 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras;

IV – 1 (um) representante da Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente;

V – 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania;

VI – 1 (um) representante da Autoridade Municipal de Limpeza Urbana.

§ 1º Caberá à Secretaria Municipal da Saúde coordenar a implantação desta Política, bem como promover as avaliações e articulações necessárias para garantir sua execução.

§ 2º Cada órgão indicará, ao Coordenador do Comitê Intersecretarial, os respectivos representantes, titular e suplente.

§ 3º O Secretário Municipal da Saúde designará os membros que comporão o colegiado, por meio de portaria a ser editada no prazo de 90 (noventa) dias contados da data da publicação deste decreto.

Art. 6º Deverá ser constituído o Comitê Regional de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação – CRASA em cada Subprefeitura, que terá a seguinte composição:

I – 1 (um) representante do Distrito de Saúde, da Coordenadoria Regional de Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde;

II – 1 (um) representante da área de Saúde Mental, do Distrito de Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde;

III – 1 (um) representante da Unidade de Vigilância em Saúde, do Distrito de Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde;

IV – 1 (um) representante da Supervisão de Assistência Social, da Secretaria Municipal de Assistência Social;

V – 1 (um) representante da Subprefeitura.

§ 1º A coordenação do CRASA será exercida pelo gestor do Distrito de Saúde e, na sua ausência, por seu suplente.

§ 2º Cada órgão indicará, ao Coordenador do Comitê Regional, os respectivos representantes, titular e suplente.

§ 3º O Secretário Municipal da Saúde designará os membros que comporão o colegiado, por meio de portaria a ser editada no prazo de 60 (sessenta) dias contados da data da publicação deste decreto.

§ 4º Poderão ser convidados representantes de outros órgãos ou entidades públicas e da sociedade civil para, no âmbito de suas respectivas finalidades e competências, colaborar com os trabalhos do CRASA.

§ 5º Os órgãos ou entidades públicas, quando convidados, poderão participar das reuniões do CRASA em que forem discutidos casos de pessoas em situação de acumulação.

Art. 7º Os Comitês Regionais de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação – CRASA deverão:

I – executar a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação;

II – articular ações de promoção e assistência à saúde no nível regional, visando ao bem-estar físico, mental e social das pessoas em situação de acumulação;

III – criar e manter atualizado banco de dados dos casos de pessoas em situação de acumulação, atendidos em seu território de abrangência, para uso interno da Administração Municipal e de acesso restrito;

IV – promover reuniões mensais para discussão conjunta dos casos atendidos no âmbito de abrangência da Subprefeitura, considerando as particularidades de cada sujeito e as necessidades identificadas em seu atendimento;

V – convidar para participar das reuniões do CRASA os órgãos ou entidades públicas envolvidos no atendimento dos casos de pessoa em situação de acumulação que serão discutidos;

VI – disponibilizar os telefones e endereços eletrônicos atualizados dos representantes de cada órgão que compõe o Comitê à rede de serviços de assistência e vigilância em saúde do território;

VII – estabelecer estratégias para fortalecer o cuidado ampliado e integral às pessoas em situação de acumulação;

VIII – contribuir para o processo de educação permanente dos profissionais de saúde e de outros órgãos envolvidos no atendimento dos casos;

IX – estabelecer fluxos assistenciais regionais para garantir o cuidado continuado e a responsabilidade de cada um dos níveis do cuidado na atenção integral à saúde da pessoa atendida, visando à proteção da saúde individual e coletiva;

X – nos casos em que a pessoa em situação de acumulação não autorize o acesso ao imóvel, encaminhar relatório circunstanciado caracterizando a situação de risco à saúde pública ao Departamento Judicial da Procuradoria Geral do Município, para que adote as medidas judiciais visando ao ingresso no imóvel e a adoção das intervenções necessárias para eliminar ou minimizar os riscos sanitários identificados no local;

XI – quando a pessoa em situação de acumulação apresenta pouca ou nenhuma adesão ao tratamento e for observada a manutenção ou agravamento das condições de risco à saúde, comunicar o Ministério Público visando à mediação junto à pessoa em situação de acumulação e sua rede de apoio ou, se necessário, à adoção da medida judicial pertinente;

XII – comunicar o Ministério Público, quando houver necessidade de interdição ou de acionar judicialmente os familiares, visando prover os meios indispensáveis para a manutenção da saúde e da vida da pessoa.

Art. 8º As ações dos órgãos e entidades envolvidos no atendimento das pessoas em situação de acumulação devem ser planejadas e executadas de modo coordenado com o profissional da Unidade Básica de Saúde responsável pela gestão do caso.

Art. 9º Caberá às Unidades Básicas de Saúde:

I – realizar busca ativa de pessoas em situação de acumulação na área de abrangência de sua abrangência, a fim de inseri-las na rede de atenção à saúde;

II – realizar visitas domiciliares à pessoa em situação de acumulação, a fim de avaliar sua condição de saúde e riscos sanitários;

III – elaborar o Projeto Terapêutico Singular – PTS do caso e designar um profissional de referência para acompanhá-lo durante todo o processo terapêutico;

IV – promover a articulação com as demais áreas de atuação para elaboração do PTS, sendo responsável pela gestão do caso e acionamento das demais equipes, conforme a evolução do paciente;

V – inserir no PTS as metas estabelecidas com o paciente para o desfazimento sistemático e contínuo dos objetos ou resíduos acumulados, bem como prever estratégias que busquem a ressignificação desses objetos pelo sujeito, considerando sua tipologia, natureza, finalidade e valor;

VI – garantir atendimento domiciliar, nos casos necessários, por meio de abordagem biopsicossocial construída em conjunto com a pessoa em situação de acumulação e sua família, a fim de que reconheçam que os comportamentos praticados oferecem risco à saúde e que é indispensável a adoção de medidas que almejem a redução dos bens acumulados e a melhor organização do ambiente;

VII – estimular a pessoa em situação de acumulação a utilizar equipamentos públicos esportivos, culturais, sociais, dentre outros, visando à construção e resgate de vínculos sociais e comunitários e sua inserção ocupacional;

VIII – incluir no PTS informações e localização dos serviços públicos de coleta, tratamento e destinação dos resíduos próximos ao imóvel, a fim de estimular o uso de técnicas de reciclagem, reutilização ou reaproveitamento dos materiais, como forma de agregar valor aos objetos acumulados, quando for o caso, bem como contribuir para o descarte correto de objetos ou materiais inservíveis;

IX – no caso de pessoa em situação de acumulação que possui animais, inserir no PTS ações e metas acordadas visando à manutenção dos animais em condições adequadas de alojamento, alimentação, saúde, higiene e bem-estar e a destinação adequada dos dejetos, bem como a redução do número de animais conforme critérios estabelecidos na legislação sanitária;

X – organizar o atendimento e desenvolver estratégias para fortalecer o cuidado ampliado e integral das pessoas em risco ou situação de violência, incluindo a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de negligência, abandono e outras formas de violência, bem como na ocorrência de acidentes, acionando as redes de cuidado e de proteção social existentes no território, de acordo com as necessidades identificadas;

XI – informar regularmente, ao Distrito de Saúde, os casos novos de pessoas em situação de acumulação identificados pela unidade, bem como a evolução dos casos atendidos, propondo a discussão de casos no âmbito do CRASA, quando necessário;

XII – acionar os serviços competentes, quando necessário, para planejamento e execução das estratégias cabíveis aos demais órgãos.

Art. 10. Caberá à área técnica de Saúde Mental e aos serviços de saúde da Secretaria Municipal da Saúde:

I – realizar o atendimento das pessoas com suspeita de transtorno de acumulação e suas famílias nos casos de necessidade de intervenções de maior complexidade, por meio do PTS;

II – atuar no modelo de matriciamento, em que as equipes de atenção básica e de saúde mental, conjuntamente, criem uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica para atendimento dos casos de pessoas em situação de acumulação, incluindo a discussão coletiva de casos clínicos, capacitação das equipes técnicas envolvidas e, quando necessário, atendimento conjunto dos casos;

III – contribuir na elaboração e execução do PTS dos casos atendidos, no âmbito de abrangência do Distrito de Saúde, junto à equipe da Unidade Básica de Saúde responsável pela gestão do caso;

IV – incluir, no PTS, o atendimento nas unidades que integram a rede de atenção psicossocial, tais como os Centros de Atenção Psicossocial, os Centros de Convivência e Cooperativa, os Serviços de Emergência e o Hospital Geral com enfermaria psiquiátrica, da Secretaria Municipal da Saúde;

V – promover a educação permanente dos profissionais do sistema de saúde municipal acerca da situação de acumulação e intervenções necessárias visando à redução de danos à saúde.

Art. 11. Caberá às Unidades de Vigilância em Saúde:

I – informar ao Distrito de Saúde e à Unidade Básica de Saúde da área de abrangência do imóvel os casos de pessoas em situação de acumulação identificados pela equipe técnica nas ações de vigilância em saúde;

II – realizar visita domiciliar no imóvel da pessoa que apresenta acumulação de objetos, resíduos ou animais, a fim de identificar riscos à saúde individual e coletiva e adotar os procedimentos administrativos e técnicos cabíveis, conforme o caso, para intervir nos problemas sanitários constatados;

III – elaborar relatório técnico circunstanciado com descrição das condições sanitárias verificadas no imóvel da pessoa em situação de acumulação, bem como das ações e procedimentos adotados pela equipe de Vigilância em Saúde no local, e enviá-lo à equipe da Unidade Básica de Saúde responsável pelo caso e ao CRASA para conhecimento e providências necessárias;

IV – promover elaboração de Termo de Compromisso de Adequação, quando indicado, a ser acordado com a pessoa em situação de acumulação ou outro responsável, de modo coordenado com o gestor do caso, e, acompanhar a sua execução;

V – informar os órgãos competentes caso haja suspeita de situação de negligência, abandono ou outras formas de violência, bem como a ocorrência de acidentes, e atuar de modo articulado com a Unidade Básica de Saúde e o Distrito de Saúde, para deflagrar ações de vigilância, atenção e proteção da saúde do indivíduo e da comunidade;

VI – desenvolver e executar ações, atividades e estratégias de educação em saúde em relação às pessoas em situação de acumulação que possuam animais domésticos, a seus familiares e à rede de apoio, visando à guarda ou à posse responsável de animais para a prevenção de zoonoses, doenças transmitidas por vetores e outros agravos;

VII – nos casos em que há presença de cães e gatos no imóvel, orientar o responsável pelos animais e familiares quanto à obrigatoriedade de manter a vacinação contra a raiva atualizada anualmente e apresentar seu comprovante, podendo a equipe técnica da Unidade de Vigilância em Saúde realizar esse procedimento “in loco”, se avaliar como necessário;

VIII – orientar medidas de manejo para evitar a reprodução dos animais domésticos e promover o encaminhamento de cães e gatos para esterilização cirúrgica, com o apoio da Divisão de Vigilância de Zoonoses, da Coordenadoria de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde, quando autorizada por seu responsável e indicada pela autoridade sanitária;

IX – quando houver cães e gatos no imóvel, promover a sua identificação por meio do Registro Geral do Animal e, se possível, da microchipagem, gratuitamente, como forma de garantir a rastreabilidade e o controle populacional, com apoio da Divisão de Vigilância de Zoonoses, se necessário;

X – realizar as ações de prevenção e controle de animais sinantrópicos de relevância para a saúde pública, incluindo a adoção de medidas de desratização, desinsetização, dentre outros procedimentos, quando necessário;

XI – nos casos de animais suspeitos ou comprovadamente portadores de zoonoses ou causadores de agravos à saúde humana, caberá à autoridade sanitária indicar as medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas pelo responsável;

XII – promover a educação permanente dos profissionais da Vigilância em Saúde acerca da abordagem preconizada no atendimento dos casos de pessoas em situação de acumulação e as intervenções cabíveis em seu âmbito de atuação visando à redução de danos à saúde, com o apoio da Divisão de Vigilância de Zoonoses.

Art. 12. Caberá à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, por meio do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS e Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS:

I – realizar visitas domiciliares, em conjunto com a Unidade Básica de Saúde, à pessoa em situação de acumulação e sua família, realizando estudo social a fim de avaliar a vulnerabilidade e riscos a que estão expostos;

II – realizar a inscrição no Cadastro Único de Assistência Social – CadÚnico para facultar o acesso a programas de benefícios eventuais e benefício de prestação continuada – BPC, nas situações cabíveis;

III – nos casos em que a pessoa resida sozinha ou tenha vínculos familiares frágeis, tentar localizar e contatar familiares que possam acompanhar a pessoa em situação de acumulação;

IV – referenciar a família no CRAS ou CREAS para acompanhamento, fortalecimento dos vínculos sociofamiliares e encaminhamentos para a rede socioassistencial;

V – realizar encaminhamentos da pessoa em situação de acumulação à rede socioassistencial de alta complexidade, quando for o caso, após avaliação de saúde, prioritariamente quando não houver vínculos familiares ou quando os vínculos estiverem rompidos.

Art. 13. Caberá à Secretaria Municipal de Coordenação das Subprefeituras, por meio das Subprefeituras:

I – obter e fornecer, quando necessário, os dados de identificação do proprietário do imóvel em que haja suspeita ou que seja identificada situação de acumulação;

II – oficiar a Autoridade Municipal de Limpeza Urbana para adotar as providências de limpeza total ou parcial do imóvel e remoção de lixo, detritos e materiais inservíveis que possam comprometer a preservação da saúde pública ou a segurança dos agentes públicos, quando houver permissão do responsável pelo imóvel ou por determinação judicial, sendo a data da ação previamente estabelecida com os membros da equipe que acompanham o caso;

III – assegurar que a equipe de defesa civil realize, quando necessário, a avaliação da infraestrutura dos imóveis que apresentam situação precária de conservação e adotar as medidas necessárias visando prevenir a ocorrência de acidentes no imóvel;

IV – estabelecer as diretrizes para operacionalização das atividades no local, acionando os demais órgãos responsáveis, quando necessário;

V – acompanhar e indicar servidores para participar das atividades de educação continuada quanto à abordagem preconizada no atendimento dos casos de pessoas em situação de acumulação e as intervenções cabíveis em seu âmbito de atuação visando à redução de danos à saúde.

Art. 14. Caberá à Autoridade Municipal de Limpeza Urbana:

I – contribuir na avaliação de vulnerabilidade e risco à saúde da pessoa em situação de acumulação, principalmente quanto à natureza e quantidade de materiais ou resíduos acumulados, disponibilizando representante técnico do órgão de gerenciamento dos serviços de coleta e destinação dos resíduos sólidos urbanos sempre que necessário;

II – disponibilizar a cada CRASA as informações relativas a serviços públicos de coleta e destinação dos resíduos por área de abrangência;

III – divulgar e capacitar os profissionais da rede de atenção à pessoa em situação de acumulação sobre técnicas de reciclagem, reutilização ou reaproveitamento de materiais;

IV – garantir a participação do órgão gerenciador do serviço municipal de coleta e destinação de resíduos na definição da estratégia de ação e articulação com os responsáveis pela execução do serviço de retirada dos resíduos, seja por cumprimento de determinação judicial, seja por concordância do próprio acumulador;

V – acionar as empresas contratadas para os serviços de limpeza, quando requisitado pela Subprefeitura.

Art. 15. Caberá à Divisão de Vigilância de Zoonoses, da Coordenadoria de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde:

I – promover a educação continuada dos profissionais das Unidades de Vigilância em Saúde acerca do manejo e contenção de cães e gatos, bem como das demais abordagens preconizadas no atendimento dos casos de acúmulo de animais;

II – prestar apoio técnico às Unidades de Vigilância em Saúde nas atividades de prevenção e controle de zoonoses e de agravos à saúde;

III – proceder à avaliação técnica de animais domésticos da pessoa em situação de acumulação, em conjunto e a partir de solicitação da Unidade de Vigilância em Saúde, e promover orientação técnica quanto às medidas de proteção da saúde que o responsável pelos animais deverá adotar visando eliminar ou reduzir riscos à saúde individual e coletiva;

IV – caso seja constatado risco elevado e iminente à saúde humana, poderá ser indicada a apreensão de animais por técnico competente da Divisão de Vigilância de Zoonoses, quando não houver possibilidade de manejo dos animais no local.

Art. 16. Caberá à Comissão Gestora dos Hospitais Veterinários Públicos, que exerce a gestão compartilhada prevista no Decreto nº 55.564, de 6 de outubro de 2014, promover o atendimento dos animais que necessitem de assistência à saúde nos hospitais veterinários conveniados com a Prefeitura.

Art. 17. Caberá à Secretaria Municipal do Verde e do Meio Ambiente informar, ao Distrito de Saúde da área de abrangência do imóvel, os casos suspeitos ou identificados de pessoas em situação de acumulação, bem como oferecer apoio técnico quando a situação de acumulação for identificada em áreas de conservação e proteção ambiental e, intervir, nos casos em que for necessário.

Art. 18. O termo de autorização constante do Anexo Único deste decreto será utilizado para registrar a autorização de entrada no imóvel, pelos agentes da Prefeitura e do serviço de limpeza contratado pelo órgão municipal competente, a fim de promover as ações de prevenção e controle de animais sinantrópicos de relevância para a saúde pública, a vacinação antirrábica, o registro e a microchipagem de cães e gatos encontrados no imóvel, quando indicado pela autoridade sanitária, e a remoção dos objetos, materiais e resíduos indicados.

Art. 19. As despesas com a execução deste decreto correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 20. Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 28 de dezembro de 2016, 463º da fundação de São Paulo.

FERNANDO HADDAD, PREFEITO

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA, Secretário Municipal da Saúde

FRANCISCO MACENA DA SILVA, Secretário do Governo Municipal

Publicado na Secretaria do Governo Municipal, em 28 de dezembro de 2016.

Anexo 2



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO

INFORME SETEMBRO 2022

Fluxo proposto pelo CRASA para a CRS Centro

Caso suspeito de Pessoa em situação de acumulação (denúncia/solicitação de outro órgão,...) que tenha chegado por algum serviço da própria assistência à saúde (PAI, EMAD,...), em SMADS, na Vigilância em Saúde ou demais secretarias:

Encaminhar para o supervisor da UBS de referência, com cópia para a STS, via SEI (Sistema Eletrônico de Informação)

Supervisor/a da UBS irá direcionar:

1-Para a equipe de ESF, verificar se o/a munícipe é cadastrado, caso não seja, iniciar a tentativa quanto ao acompanhamento de saúde (vínculo, agendamento de consulta,...), bem como abordagem quanto à questão do acúmulo;

2- Caso a equipe perceba dificuldade em lidar com a demanda, discutir a situação na reunião da equipe com o NASF, considerando a avaliação e atendimento à saúde mental da pessoa em situação de acumulação, solicitar participação do PAVS;

A partir da discussão, verificar quais serão os atendimentos/equipamentos envolvidos no caso, construção do PTS (CAPS, PAI, URSI, UVIS, PAVS...)

3- Esgotadas as possibilidades da equipe, discutir na reunião de matriciamento de saúde mental junto aos CAPS, dependendo do fluxo de cada Unidade;

Nas situações de acúmulo de animais, encaminhar, via SEI, relatório solicitando vistoria da Vigilância Ambiental da UVIS (Sé ou Santa Cecília – de acordo com o território), UVIS direcionará fiscalização e solicitação de castração à DVZ (Divisão de Vigilância em Zoonoses).

Quando houver necessidade de remoção dos materiais inservíveis, após intervenção das equipes e aceitação do usuário/paciente: solicitar remoção junto à Subprefeitura – através do CRASA – via SEI (enviar o SEI para o ponto da UVIS e da STS de referência)

Esgotadas as possibilidades de intervenção e não aceitação do usuário/paciente às abordagens das equipes – comunicar ao CRASA (via SEI para a UVIS e STS de referência, com os relatórios do caso) para discussão na reunião mensal do Comitê, em que serão convidados os profissionais que atendem o caso, para apresentação do PTS com as tentativas de abordagem. Encaminhamentos ao Judiciário– via CRASA.

UBS – enviar planilha (modelo existente) atualizada para o CRASA via e-mail até o dia 05 de cada mês – NASF e/ou enfermeiro/a da vigilância na UBS - responsável pela planilha.

E-mails para envio: crasacentro@prefeitura.sp.gov.br

APÊNDICES

Apêndice 1:

Questionário como parte da pesquisa de campo para a tese de doutorado intitulada: Pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais no centro de São Paulo: a questão ambiental e a intervenção do Serviço Social na política de saúde

Pesquisadora: Priscilla Nunes Rezende

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - PUC/SP

I - Identificação

1. Gênero:

Masculino / Feminino

2. Faixa etária:

≥ 25 Anos	46 – 50 Anos
26 – 30 Anos	51 – 55 Anos
31 – 35 Anos	56 – 60
36 – 40 Anos	≥ 61 Anos
41– 45 Anos	

3. Assistente social formado(a) em:

Antes de 1993	2004 a 2013
1993 a 2003	2014 a 2023

4. Trabalhador (a) da saúde a quanto tempo:

1 a 5 anos	11 a 20 anos
5 a 10 anos	Mais de 20 anos

5. Supervisão Técnica de Saúde:

Sé

Santa Cecília

6. Equipamento de saúde:

Unidade Básica de Saúde – UBS

Centro de Saúde - CS

Atendimento Médico
Ambulatorial– AMA

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Vigilância em Saúde

7. Programa ou equipe:

Estratégia de saúde da família

UBS tradicional

Programa Acompanhante de Idosos

Equipe Mult. da Atenção Básica

Vigilância Ambiental

Equipe de Consultório na Rua

Outros

II Questionário:

1. No cotidiano profissional acompanha ou já acompanhou pessoa em situação de acumulação?
Sim Não
2. Tem conhecimento sobre o Decreto 57.570/2016 que institui a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação?
Sim Não
3. Tem conhecimento sobre a existência do Comitê Regional de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação – CRASA da região Centro?
Sim Não
4. Caso tenha respondido sim na questão 3, já participou de alguma reunião e/ou capacitação do CRASA Centro?
Sim Não
5. Na sua opinião, onde as situações de acumulação são identificadas?
Equipe Multiprofissional da Atenção Básica
Programa Ambientes Verdes e Saudáveis - PAVS
Ministério Público
Estratégia Saúde da Família
CRAS e/ou CREAS
Vigilância ambiental
CRASA
Não sei
6. Na sua opinião, qual(ais) setor(es) é(são) responsável(eis) pela gestão do caso de situação de acumulação?
Unidade Básica de Saúde
Ministério Público
Vigilância Ambiental
Programa Ambientes Verdes e Saudáveis - PAVS
CRAS/CREAS
7. No seu local de trabalho, já acompanhou reunião de discussão de casos sobre pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais?
Sim Não
8. Na sua opinião, as situações de acumulação de objetos e/ou animais podem estar relacionadas com qual(ais) aspecto(s):
saúde mental
modo de sociabilidade contemporâneo
saúde ambiental
nenhuma das afirmações

9. Considera que as situações de acumulação de objetos e/ou animais independe da situação socio-econômica?

Sim

Não

10. Considera que as situações de acumulação de objetos e/ou animais são demandas para o Serviço Social?

Sim

Não

Apêndice 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada “**Pessoas em situação de acumulação de objetos e/ou animais no centro de São Paulo: a questão ambiental e a intervenção do Serviço Social na política de saúde**”.

”, sob a responsabilidade de **Priscilla nunes Rezende** sob a orientação do professor Dr. Ademir Alves da Silva.

JUSTIFICATIVA : a pesquisa propõe contextualizar a intervenção do/a assistente social na área da saúde junto às situações de acumulação compulsiva de objetos e/ou animais, a partir da discussão do trabalho intersectorial realizado entre os espaços sócio ocupacionais presentes no Sistema Único de Saúde, tendo como base de análise a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação, publicada na cidade de São Paulo pelo Decreto 57.570 em dezembro de 2016.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA : **Objetivo:** Identificar as determinações da relação entre pessoas em situação de acumulação compulsiva de objetos e/ou animais e as dimensões social e ambiental, a partir da intervenção dos/das assistentes sociais na Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação da cidade de São Paulo, nos espaços sócio-ocupacionais que realizam atendimento a esta demanda na política de saúde: atenção básica, saúde mental e vigilância em saúde.

Objetivos Específicos: Analisar a Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação da cidade de São Paulo no contexto de contrarreforma da política de saúde; Identificar a intervenção dos/das assistentes sociais na Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação no território do Centro da cidade de São Paulo

PROCEDIMENTOS:

Os procedimentos propostos para o desenvolvimento da pesquisa estão estruturados da seguinte forma:

1. A problematização teórico-metodológica do objeto de estudo, através de pesquisa bibliográfica e revisão de literatura das categorias e conceitos centrais que permeiam o nosso objeto;
2. Pesquisa e análise do banco de dados da Política Municipal de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Acumulação no contexto de contrarreforma da política de saúde no Brasil e os rebatimentos na cidade de São Paulo, sobretudo análise dos dados da região central;
3. Aproximação com a realidade objetiva das situações de acumulação por meio de utilização de pesquisa empírica, de base qualitativa, a ser realizada com

os/as assistentes sociais que realizam atendimento a esta demanda na PMAIPSA no território do Centro da cidade de São Paulo.

As técnicas a serem utilizadas serão: aplicação de questionário e entrevista semiestruturada. O questionário será aplicado aos assistentes sociais que atendem a essa demanda na política de saúde, nos espaços sócio ocupacionais da atenção básica, nos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e vigilância em saúde no território do Centro da cidade de São Paulo. A Coordenadoria Regional de Saúde Centro é composta por oito Unidades Básicas de Saúde e um Centro de Saúde Escola que realizam o trabalho de atenção básica à saúde e contam com um total de dezoito assistentes sociais, além de seis profissionais atuando no Programa Acompanhante de Idosos - PAI, ligado à atenção básica. Quanto aos equipamentos de atenção secundária de referência em saúde mental para as situações de acumulação compulsiva, a região central possui dois CAPS Adulto modalidade III, que ao todo tem quatro assistentes sociais. Já na área de vigilância em saúde, a CRS Centro tem duas Unidades de Vigilância em Saúde, com uma assistente social em cada Vigilância Ambiental.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA : As entrevistas serão realizadas de forma presencial em local a ser acordado com os entrevistados, com duração prevista de 15 a 30 minutos.

RISCOS E DESCONFORTOS: a qualquer tempo durante a entrevista o sujeito entrevistado poderá interromper caso sinta-se desconfortável em responder as questões. As perguntas serão mostradas previamente, logo antes do início da gravação do áudio.

BENEFÍCIOS: A participação dos sujeitos na pesquisa é fundamental para identificar as determinações da relação entre pessoas em situação de acumulação compulsiva de objetos e a partir dos estudos contribuir para a melhoria do atendimento a estas demandas, na perspectiva da totalidade.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: os sujeitos da pesquisa terão sua identidade preservada e a garantia de acesso aos resultados da pesquisa, bem como acesso direto com a pesquisadora para esclarecimento de quaisquer dúvidas decorrentes da pesquisa.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO

Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento , sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE : Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada. As informações coletadas serão armazenadas e tratadas em arquivo de mídia próprios da

pesquisadora que se responsabiliza pelo armazenamento das informações e preservação da identidade, com descarte após transcorridos cinco anos da publicação da pesquisa.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO: a pesquisa não prevê custo monetário aos participantes, considerando que as entrevistas serão realizadas pela pesquisadora que compromete-se ao deslocamento até o sujeito entrevistado.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS : Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar o(a) pesquisador(a) PRISCILLA NUNES REZENDE no telefone **11 98760-0679** ou no endereço **Rua Torres da Barra, 275 apto 808 CEP 05037-055, Água Branca São Paulo-SP.**

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa¹ (CEP) da PUC-SP na Rua: Rua Ministro Godói, 969 – Sala 63-C (Andar Térreo do E.R.B.M.) - Perdizes - São Paulo/SP - CEP 05015- 001 Fone (Fax): (11) 3670-8466 e e-mail: cometica@pucsp.br.

Horário de atendimento do CEP ao Público: ***Das 11h00 às 13h00 de 2ª a 4ª feira e das 15h30 às 17h00 de 5ª e 6ª feira***

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

São Paulo, _____ de _____ de _____

_____ Participante da
pesquisa/Responsável legal

¹ De acordo com a Resolução nº **466/12** da CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) e Regimento dos Comitês de Ética em Pesquisa da PUC-SP, "toda pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou em partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais", deve ser submetida à apreciação e acompanhamento do CEP.

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Pessoas em situação de acumulação compulsiva nos centros urbanos: a questão ambiental e a intervenção do Serviço Social na política de saúde”, eu, Priscilla Nunes Rezende, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador