



Universidade de Brasília - UnB
Instituto de Ciências Humanas - ICH
Departamento de Serviço Social - SER

Laryça Silva Nunes

**A (IN) VISIBILIDADE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O ACESSO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Brasília, Fevereiro de 2023.

LARYÇA SILVA NUNES
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A (IN) VISIBILIDADE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O ACESSO
AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, campus Darcy Ribeiro, como requisito para a obtenção do título de Bacharel^a em Serviço Social, sob orientação da Prof^a Dr^a. Andréia de Oliveira.

Brasília
2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente ao meu Pai, Huxley Souza Nunes, meu alicerce que sempre acreditou em mim e me incentivou a estar aqui. Dedico também a Deus e aos meus Guias Espirituais que durante esse percurso me guiaram e deram forças quando pensei que não conseguiria. Aos meus amigos, mestres e doutores que seguem na luta por uma ordem societária mais justa e igualitária. E também, dedico este trabalho especialmente à população em situação de rua que está sujeita cotidianamente a múltiplas formas de violência e preconceito e, ainda sofre com a negligência do poder público. Entretanto, seguem na luta pelo seu reconhecimento.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa, sobretudo, a força de quem vem de onde não tem os mínimos sociais para viver bem. Representa a garra de um pai que não teve oportunidade e nem condições, mas lutou firmemente para que com sua filha fosse diferente e acessasse pelo menos, uma boa educação. E eu não poderia começar agradecendo outra pessoa se não ele, o meu herói. Neste momento passa um filme na minha cabeça, quando que eu ia imaginar que um dia eu ia me formar em uma Universidade Federal? Nunca. Reconheço o meu mérito e minha força, mas confesso que se não fosse você, pai, nada disso aconteceria. Amo-te, e obrigada!

Agradeço também minha mãe, Rosa Rocha, que me ensinou valores fundamentais e com seu jeito “frio e calculista” me acolheu e acalentou por diversos momentos nesse percurso.

Agradeço minha irmã, Anna Katharine; minha “peixa” Vânia Gadelha; minha tia Zélia Rocha; minha tia Lora, meu tio Maurílio e todos os familiares que acreditaram e me incentivaram a prosseguir durante esses árduos anos.

Agradeço imensamente ao bonde “30 horas” nas pessoas de: Leonardo Dias; Gabriel Neiva; Lídia Alencar; Melina Barros; Andréia Simplício; Gabriela Rodrigues; Débora Obirin; Wagner Santos; Giovanna Guarese; Kahena Bizzotto e Débora “debs”, vocês foram fundamentais na minha trajetória acadêmica. Minha eterna gratidão por todos os momentos, por todos os bares que íamos para espalhar e acabávamos na discussão frenética sobre questão social e política social (risos), por todo conhecimento compartilhado e toda troca. Vocês são incríveis e me sinto extremamente privilegiada por ter vivido momentos inesquecíveis com vocês. Vocês contribuíram fortemente para minha formação cidadã e profissional.

Do mesmo modo, agradeço pelos presentes que o Serviço Social me deu, em especial as pessoas: Soniara Maia; Nilla Krisna; Lorrany Viana; Jade Ramalho; Larissa Brenda; Matheus Sousa; Gustavo Barreto; Karolyne Tuyane; Elisandra Martins “Lis”; Mariana Benigno; Marina Leite e Thalita Sampaio. Vocês com certeza marcaram a minha trajetória na graduação, obrigada por toda troca, afeto, conhecimento, dias, tardes e noites. Serão todos lembrados para sempre!

Agradeço as professoras Ailta Barros e Patrícia Pinheiro, por todo suporte ao longo deste período, sobretudo, no período da nossa prática de pesquisa. Foi enriquecedor e marcante toda nossa vivência.

Agradecer profundamente a professora e orientadora Andréia de Oliveira primeiramente pelo acolhimento, paciência, atenção. Seguindo, agradeço pelo empenho em fazer com que tudo desse certo e também por me auxiliar quando eu dava umas “viajadas na maionese” e por me incentivar e iluminar as ideias quando eu pensava estar perdida, querendo desistir. Agradeço e admiro a profissional incrível que você é. Obrigada pelo comprometimento e responsabilidade.

Agradeço a pessoa especial, em nome de: Jonathan Ferreira da Silva, pelo companheirismo, paciência, encorajamento e colaboração nesse processo. Obrigada pelos passeios, lanches e amor que você me propiciou nos momentos mais desesperadores, ansiosos e solitários.

Agradeço também as pessoas em nome de Erlan Ramos, João Paulo Vasconcelos, Thallysson Nunes, Crislane Medeiros, Samuel Victor, Donizete, e todos os amigos queridos que de alguma forma me incentivaram, aconselharam, encorajaram e apoiaram esse processo até este momento final.

Agradeço aos demais colegas, amigos, professores, não citados aqui, contudo, tive a oportunidade de conviver, conhecer, compartilhar momentos, alegrias e aflições.

Agradeço imensamente a oportunidade de viver tudo o que vivi durante esses sete anos de graduação. Agradeço a UnB por ter sido uma “mãe” ao longo desses anos, por ter me recebido e me propiciado tanta coisa boa dentre elas, a oportunidade de conhecer pessoas maravilhosas que levarei para sempre em meu coração.

Aqui encerro um ciclo, e meu coração transborda de alegria e gratidão por todos os acontecimentos que vivenciei e experienciei até o momento. A realização deste trabalho trouxe uma emoção sem tamanho e a sensação de contribuição positiva tendo em vista que acabo de deixar minha marca, uma contribuição relevante para os estudos acerca do tema. Sinto-me Feliz, Grata e Realizada. Eu consegui! Obrigadaaa DEUS!

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso apresenta o delineamento sócio-histórico do fenômeno população em situação de rua e sua caracterização e, busca depreender como se dá o acesso desta população aos serviços públicos de saúde, evidenciando a política de saúde/SUS. Com o método aplicado o qual se aproxima do método materialismo histórico-dialético, objetivou-se neste estudo, analisar, identificar e problematizar as dificuldades de acesso à atenção à saúde desta população no âmbito do SUS tendo em vista o histórico de invisibilidade que vivenciam. Para tanto, o presente estudo de natureza qualitativa-descritiva-exploratória, utilizou-se da pesquisa bibliográfica-documental para obter os resultados. Os resultados demonstram como as barreiras para o acesso à atenção básica influenciam no agravamento da saúde desses indivíduos e ainda salientam o preconceito e estigma como sendo os principais obstáculos além da falta da documentação exigida. Esta produção acadêmica incorpora além do mais, as equipes Consultório na Rua junto à articulação com as Redes de Assistência Social e Atenção Psicossocial que fortalece e potencializa o acesso dessa população aos serviços de saúde, tendo em vista que a população em situação de rua carece de um serviço em saúde pautado na universalidade, equidade e integralidade.

PALAVRAS-CHAVE: População em Situação de Rua; Direito à saúde; Saúde da população em Situação de rua; Acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde.

ABSTRACT

This Course Completion Work presents the socio-historical outline of the homeless population phenomenon and its characterization, and seeks to understand how this population accesses public health services, highlighting the health policy/SUS. With the method applied, which is close to the historical-dialectical materialism method, the aim of this study was to analyze, identify and discuss the difficulties of accessing health care for this population within the scope of the SUS, in view of the history of invisibility they experience. Therefore, the present study of a qualitative-descriptive-exploratory nature, used the bibliographical-documental research to obtain the results. The results demonstrate how the barriers to accessing primary care influence the worsening of these individuals' health and also highlight prejudice and stigma as the main obstacles in addition to the lack of the required requirement. This academic production also incorporates the Outreach Office teams along with the articulation with the Social Assistance and Psychosocial Care Networks that strengthen and enhance this population's access to health services, bearing in mind that the homeless population lacks a health service based on universality, equity and comprehensiveness.

KEYWORDS: Homeless Population; Right to health; Health of the population in Street situation; Access of the homeless population to health services.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
PERCURSOS METODOLÓGICOS	5
CAPÍTULO I - POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	8
1.1 A GÊNESE DO FENÔMENO POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: DISTINTIVA QUESTÃO RACIAL	9
1.2- MEMÓRIAS DE UMA HISTÓRIA: OS PERCALÇOS ACERCA DA INSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA BRASILEIRA	16
1.2.1. DITADURA MILITAR E A CONSTITUIÇÃO DA DEMOCRACIA: A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA AGENDA DO ESTADO	22
1.4 CARACTERIZAÇÃO DO FENÔMENO POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E A NATURALIZAÇÃO	31
CAPÍTULO II - A POLÍTICA DE SAÚDE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	40
2.1- A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ANTECEDENTES DO PROCESSO DA REFORMA SANITÁRIA	41
2.2 O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE	45
2.3 TENSÕES E DISPUTAS NA CONSTRUÇÃO DO SUS: QUE SUS CONSTRUÍMOS (?)	49
2.4 OS MARCOS LEGAIS EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	53
2.4.1 A ESTRATÉGIA CONSULTÓRIO NA RUA: AVANÇOS E DESAFIOS NA AMPLIAÇÃO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	58
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	67

INTRODUÇÃO

O interesse em estudar a População em Situação de Rua (PSR) e o acesso ao direito à saúde decorre da experiência no estágio supervisionado em Serviço Social na Emergência do Hospital Regional do Gama (HRG), ao presenciar cotidianamente a negligência do Estado Brasileiro na garantia de direitos básicos a essa população. Alguns atendimentos realizados pelo Serviço Social no serviço de emergência hospitalar estavam comumente relacionados à atenção à saúde e as necessidades sociais para pessoas que vivem em situação de rua, em contexto de alta vulnerabilidade social e desprovida de acesso a direitos humanos essenciais como alimentação e moradia.

A população em situação de rua, submetida à pobreza extrema mostra a face nua e crua das relações excludentes e desiguais da sociedade capitalista. Destituída dos direitos humanos básicos, inclusive de acesso à moradia e alimentação, a essa população, em sua maioria pobre, preta e periférica, é negado o direito de existir dignamente.

A heterogeneidade é a característica mais acentuada da população em situação de rua, são várias as determinações que levam uma pessoa a essa situação, contudo, existem características comuns - extrema pobreza, falta de moradia convencional, vínculos fragilizados - as quais permite identificar esse grupo populacional.

Os dados oficiais acerca da PSR são indefinidos e variáveis considerando a transitoriedade que essa população vive a diversidade do território brasileiro e suas formas de ocupação. A ausência/inconstância dos imprescindíveis dados prejudica a implementação de políticas públicas e reproduz a invisibilidade social da PSR no âmbito das políticas sociais, tendo em vista que é através dos dados que políticas públicas são pensadas. Apesar das dificuldades, pesquisas relacionadas ao tema estão sendo desenvolvidas gradativamente e mesmo que de forma delimitada, uma vez que os estudos existentes em sua maioria estão voltados a regiões específicas, são de extrema importância para o desenvolvimento de políticas e também proporcionam mais visibilidade à PSR.

Segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2008) ¹

¹A pesquisa nacional sobre população em situação de rua foi desenvolvida através de duas etapas. A primeira foi a etapa preparatória com oficinas com coordenadores de pesquisas semelhantes realizadas em alguns Estados como: Belo Horizonte, Recife, São Paulo; com representantes de secretarias municipais de Assistência Social; Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social; Fórum nacional de secretários do Estado de Assistência Social e Líderes de movimentos sociais que lutam por direitos à PSR. A segunda foi a etapa de

Foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua nas cidades pesquisadas vivendo em calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos, becos, prédios abandonados, lixões, ferro-velhos, ou pernoitando em instituições (albergues, abrigo, casa de passagem, igrejas)...O número relatado diz respeito aos resultados da pesquisa realizada em 71 municípios. Assim, o total de pessoas em situação de rua vivendo no Brasil é mais elevado (BRASIL, 2008).

No âmbito do Cadastro Único do Governo Federal (CadÚnico), segundo a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI), até dezembro de 2022 haviam 192.125 famílias em situação de rua cadastradas (BRASIL,2022).

Embora a dinâmica situação de rua afete duramente na contagem deste grupo populacional, na implementação de políticas sociais e no cadastramento em políticas públicas, alguns avanços foram alcançados, apesar de insuficientes, no que se refere à inclusão desta população na agenda do Estado Brasileiro. Dentre os avanços podemos citar as seguintes normativas legais: a promulgação da lei nº 11.258/2005 que altera o parágrafo único do art.23da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), estabelecendo a obrigatoriedade na criação de programas direcionados a PSR no âmbito da organização dos serviços de assistência social, com uma perspectiva intersetorial (BRASIL, 2005). A promulgação do decreto nº 7.053/2009 que institui a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR); o Plano Operativo para implementação de ações em saúde da PSR, a portaria nº 3.305/2009 que institui o comitê técnico de saúde para a PSR.

As conquistas legais e as políticas públicas incorporam princípios e diretrizes direcionadas a garantir e assegurar direitos daqueles que vivem em situação de rua. Entretanto, a invisibilidade e discriminação que este grupo populacional sofre é real, presente e corriqueira. Uma invisibilidade que se expressa desde a falta de dados numéricos específicos dessa população até as questões básicas cotidianas de cidadania, como documentação individual ou mesmo a exigências e condicionalidades para acessar as políticas públicas, a exemplo a necessidade de endereço para a emissão do Cartão Nacional de Saúde, que, ainda que haja a Portaria nº 940/2011 do Ministério da Saúde, a qual regulamenta que o Sistema Cartão Nacional de Saúde dispense a comprovação de endereço domiciliar da população em situação de rua, tal portaria ainda é pouco conhecida, o preconceito que essa população sofre é concreto e o cumprimento da portaria ainda é uma expectativa (VALLE; FARAH, 2020). A ausência de documentação coloca a PSR na

levantamento de campo de modo censitário utilizando de questionário com 19 perguntas; de modo amostral, utilizando questionário com 62 perguntas e 10,4% do universo selecionado para levantamento de resultado com técnica de amostragem probabilística sistemática (BRASIL, 2008).

invisibilidade, que em última instância significa que pessoas em tais condições não se constituem como cidadãos de direitos.

Vale ressaltar que a reprodução do fenômeno da PSR está intrinsecamente relacionada ao processo de acumulação do capital. Nesse sentido, a discussão sobre a temática não pode vir dissociada de uma perspectiva de totalidade, ou seja, não tem como falar sobre PSR e não adentrar na questão macroestrutural, isto é, devemos considerar as relações da parte com o todo, as condições de sobrevivência frente às relações sociais, as determinações sociais, culturais e econômicas presentes.

Por conseguinte, podemos afirmar que investigar a PSR considerando-a apenas um problema relacionado à esfera social que precisa ser “ajudada” não sana a questão, contrariamente, fortalece ainda mais as desigualdades e a invisibilidade a qual essa população sofre, desse modo, a efetividade de políticas públicas que restabeleça a cidadania do ser em sociedade e, sobretudo, assegure os direitos sociais, é fundamental para que se constituam diretrizes, políticas e projetos sociais voltados a todos, em especial a PSR.

A macroestrutura que permeia as sociedades está intrinsecamente relacionada ao capitalismo. É possível observarmos a partir desta macroestrutura e da conjuntura pertinente, as transformações socioeconômicas as quais influíram demasiadamente no crescimento do fenômeno PSR. A prioridade concedida ao capital, melhor dizendo, ao poder econômico, marca uma enorme desigualdade social e fortalece sobretudo o caráter excludente e preconceituoso que a sociedade carrega. O modo de produção capitalista desde o seu surgimento traz uma miséria proporcional ao crescimento da riqueza, isso porque a distribuição da riqueza ocorre de forma desigual, uma vez que o capitalismo estimula a busca da valorização do capital e sua acumulação através da mais valia/força de trabalho, ocasionando o que Marx (1867) denomina de Superpopulação Relativa², como efeito, aumento também no número da PSR.

Porquanto, o estudo da temática exige uma análise que contemple as transformações capitalistas contemporâneas, que vem sendo apresentada em um cenário de fortalecimento do neoliberalismo e da presença aprofundada de medidas austeras para com as políticas sociais, que atingem diretamente a população em questão.

²(...) Um excesso de população em relação às necessidades momentâneas de valorização do capital (Marx, 1867: 240). (...) Se converte, em contrapartida, em alavanca da acumulação capitalista, e até mesmo numa condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se ele tivesse criado sua própria conta. Ela fornece suas necessidades variáveis de valorização, o material humano sempre pronto a ser explorado, independentemente dos limites do verdadeiro aumento populacional (MARX, 1867: 462).

A ênfase no presente estudo recai para a reflexão sobre o acesso da População em Situação de Rua à atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo que no contexto da rua o processo de saúde e doença assume múltiplas determinações e os preceitos legais do acesso ao direito universal, e a saúde tende a se transformar numa mera ilusão quando se refere, em especial, a PSR.

A sociedade vive um projeto político o qual fortalece a expansão do capital em detrimento das garantias sociais. Assim, a responsabilidade do Estado é reduzida e o mercado consolidado. Desta forma, o Estado que era para ser de direito, segue se omitindo e negligenciando a agenda das políticas públicas sociais, priorizando interesses econômicos, violando constantemente os direitos sociais, tornando os serviços ineficazes e insuficientes, mantendo uma disputa de interesses que gera mais desigualdade e atinge demasiadamente as pessoas que se encontram em estado de vulnerabilidade.

Considerando tal contexto, o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à PSR ocorre com muita luta e resistência, de modo geral, ocorre de forma parcial e/ou em situações de agravo. Desta forma, a materialização dos direitos sociais, dentre eles a saúde, é comprometida. As condições sociais da PSR, em específico as condições de saúde desta população, são lastimáveis, diariamente essa população enfrenta as mais latentes expressões da questão social tal como a desigualdade social resultante das relações capitalistas que são estabelecidas e a falta de condições mínimas para habitar-se.

Diante do exposto, o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresenta a seguinte pergunta de partida: Tendo em vista que saúde é um direito universal, ou seja, direito de todo cidadão e dever do Estado sua plena garantia, a PSR acessa os serviços de saúde, ou a (in) visibilidade à qual sofrem se sobressai?

A pergunta de partida orientou a construção do objetivo principal do presente estudo, a saber: Identificar e problematizar as dificuldades de acesso à atenção à saúde da População em Situação de Rua no âmbito do SUS, considerando o histórico de invisibilidade desses sujeitos e o contexto de ascensão neoliberal.

Com isso, pretende-se por meio dos objetivos específicos: Contextualizar o fenômeno população em situação de rua e o cenário político-econômico, atentando-se a distintiva questão racial que marca a história brasileira; apontar as características desse fenômeno desvelando até as conquistas legais em direitos sociais para a PSR; Contextualizar a política pública de saúde para a PSR no contexto do Sistema Único de Saúde; Identificar as normativas legais e políticas públicas de saúde referidas a PSR. Além disso, problematizar a garantia do acesso da PSR aos serviços de saúde, atentando-se para a precarização dos

serviços público e desmonte das políticas sociais que a cada dia vem se intensificando com o avanço das políticas neoliberais.

O conteúdo está organizado em três capítulos. No primeiro capítulo a intenção é apresentar a gênese da população em situação de Rua no Brasil, tendo em vista a distintiva questão Racial; contextualizar os períodos republicanos do Brasil, conjecturando o período ditatorial até a constituição da democracia; enfatizar o período da Constituição Cidadã e os principais marcos legais em direitos sociais da PSR e ainda caracterizar o fenômeno PSR e refletir acerca de sua naturalização que ocasiona (in) visibilidade.

O segundo capítulo dispõe sobre saúde e população em situação de rua. Neste capítulo, trago a contextualização da Política de Saúde no Brasil diante os antecedentes do processo de Reforma Sanitária. Sucedendo a discussão, transcurso acerca do Movimento de Reforma Sanitária e a institucionalização do Direito Universal à Saúde, evidenciando as principais tensões e disputas na construção do SUS, salientando o SUS que construímos. Ainda, busco elucidar os principais marcos legais em Saúde para a PSR no contexto da Política de Saúde Brasileira e o acesso desta população aos serviços ofertados, ressaltando a política Consultório Na Rua, seus avanços e desafios.

Por fim, o último capítulo traz apontamentos a título de Considerações Finais que se debruçam acerca da reflexão suscitada no decurso do estudo, considerando o avanço dos direitos sociais, mormente o direito à saúde, o delineamento sócio-histórico da população em questão e todo o contexto de preconceito e (in) visibilidade que sofrem ao longo de suas vidas.

PERCURSOS METODOLÓGICOS

Com a finalidade de analisar e descrever o fenômeno PSR e seu acesso aos serviços de saúde, este trabalho propõe compreender a gênese da questão a partir de estudos bibliográficos, que *implicam em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, não podendo ser aleatório* (LIMA; MIOTO, 2007:38), e pesquisa documental a qual se utilizou de normativas, leis e decretos para o desenvolvimento deste TCC. O presente trabalho, de natureza qualitativa-descritiva-exploratória é de significativa importância na *produção do conhecimento científico, sendo capaz de gerar postulações de hipóteses e/ou interpretações as quais servirão para futuras pesquisas* (LIMA; MIOTO, 2007:43).

No âmbito da pesquisa bibliográfica, realizou-se revisão das produções científicas nacionais de diferentes áreas do saber tais como - enfermagem, serviço social, saúde coletiva, psicologia, antropologia, entre outras, acerca do fenômeno PSR e da atenção à saúde da PSR no contexto do SUS. O estudo teve como descritores de busca, palavras chaves exploradas nas bases de dados - SCIELO³ e BVS⁴ e viabilizaram a identificação das bibliografias relacionadas ao tema, passíveis de utilização. As palavras chaves que foram utilizadas para busca consiste nas seguintes: “População em Situação de Rua”; “Direito à saúde”; “Saúde da População em Situação de Rua” e “Acesso da PSR aos serviços de Saúde”.

No contexto da pesquisa documental, houve levantamento e análise das normativas legais e operacionais acerca do objeto de estudo deste trabalho. O delineamento sócio-histórico dos marcos legal aqui optado deu-se pela relevância da lei nº 8.080/90 que *dispõe sobre condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes* (BRASIL, 1990), e de forma mais específica, pelo decreto nº 7.053/2009 que *institui a política nacional para a população em situação de rua (PNPSR) e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento* (BRASIL, 2009). Tais marcos legais foram de extrema importância na implementação e consolidação de ações e políticas voltadas para a PSR, sobretudo, na atenção à saúde dessa população.

O método de análise do objeto deste estudo se aproximará do método crítico desenvolvido por Karl Marx⁵, chamado de método materialismo histórico-dialético, tendo em vista que, durante a graduação do curso de Serviço Social esse é o método mais debatido com bastante ênfase e relevância. Tal método possibilita *compreensão e análise da história, das lutas e das evoluções econômicas e políticas* (ALVES, 2010:3), sendo ideal para quebrar com ideias ilusórias acerca da realidade visto que, o método materialismo histórico-dialético abarca uma totalidade da realidade a qual não engloba apenas relações externas. Segundo Netto (2011), o objeto da pesquisa investigada através do método crítico de Marx, será uma análise do real, do concreto, que aparece como dados, mas não somente isso. Ao delimitarmos esse objeto é preciso, abstraí-lo de sua totalidade, isolá-lo e dele retirar suas determinações mais concretas até alcançar suas determinações mais simples (p.44).

Para Netto, toda realidade concreta é a síntese de várias determinações as quais constituem a realidade. Assim sendo, para uma análise crítica da realidade, devemos

³ScientificElectronic Library Online.

⁴Biblioteca Virtual em Saúde.

⁵ Karl Marx (1818), Alemão, Filósofo, Economista, Jornalista e Militante Político.

identificar aspectos imediatos e aparentes cujo são pontos de partida para analisar a realidade concreta, e a partir daí, retirar do objeto suas múltiplas determinações com base em análise da totalidade, buscando alcançar a essência do objeto, identificando suas estruturas e dinâmicas dentro da sociedade capitalista.

Considerando as diferentes realidades (sociais, física, culturais e econômicas), as condições de vida, sobretudo, condições de saúde da PSR, os processos estruturais advindos do capitalismo, esse estudo através do método escolhido para o desenvolvimento, busca promover uma relação dialética⁶ entre as estruturas que compõe o todo, eliminando concepções equivocadas, preconceituosas, direcionadas à culpabilização do indivíduo por suas condições.

Atentando-se a importância do tema e a fim de compreender a lógica do Estado brasileiro que, ao mesmo tempo em que viabiliza políticas públicas sociais, opera de forma contraditória a qual de alguma forma impossibilita o acesso aos direitos sociais, incluindo o acesso ao direito à saúde da PSR, seja pela burocracia, seja pelo pré-conceito ou pelo sucateamento dos serviços públicos esse estudo tem fundamental importância.

Para essa compreensão, é necessário entender o fenômeno PSR e o acesso dessa população aos serviços de saúde como uma unidade dentro de uma totalidade. Analisando as determinações e as reproduções da existência da lógica desigual que se encaminha ao longo da história do Brasil.

⁶(...) Investigação e exposição, enquanto processo de apropriação e explicitação crítico-racional da imanência do próprio objeto pelo sujeito. O método dialético de Marx enquanto método de investigação e de exposição distingue, sem separar, esses dois momentos, pressupondo que o objeto só pode ser exposto depois de ser investigado, analisado, criticamente em suas determinações essenciais (CHAGAS, 2012:1)

CAPÍTULO I - POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.

A cena é um contraste,
Labirinto sistemático,
A selva é de pedra,
E violência aqui é mato!

Tratados como lixo,
Vistos,
Mas não visto,
Humilhados, esculachados
Tratados como não dignos.

Olhares, milhares
Crenças, percepções
A sociedade marginaliza essa população,
Pena, à pena, nojo e muita dó
A população de rua sempre sofre com o pior.

Discriminação intensa,
Violência e mais Violência
O choro é consequência,
Dessa árdua sobrevivência,
Causada pela negligência
Desse Estado que atormenta.

Laryça Nunes, 2022.

1.1 A GÊNESE DO FENÔMENO POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: DISTINTIVA QUESTÃO RACIAL.

A vida na rua é uma antiga realidade presente, tornando-se mais visível no Brasil final do século XIX, início do século XX; intensificando-se em decorrência do acentuado processo de desenvolvimento econômico e do êxodo rural, a existência da vida na rua está intrinsecamente relacionada a esses processos de urbanização e desenvolvimento do capitalismo uma vez que, a partir destas transformações, as expressões da questão social⁷ foram se tornando cada vez mais ostensivas.

O fenômeno População em Situação de Rua simboliza uma das mais latentes expressões da questão social, conhecidos popularmente por termos pejorativos e preconceituosos tais como “mendigo, vadio, vagabundo, pedinte, drogado”, entre outros, a população em situação de rua carrega dolorosas marcas da violência que acometem.

A população em situação de rua não é um fenômeno exclusivo do Brasil, nem das sociedades capitalistas, ainda que o período acentuado de desenvolvimento do capitalismo tenha impactado intensamente na produção de miséria, exclusão e desigualdades sociais, o fenômeno PSR historicamente esteve presente (TATAGIBA; JUBÉ, 2021:4).

O fenômeno PSR no Brasil surge fundamentado no colonialismo⁸ desenvolvido após colonização do Brasil, visto que, de acordo com Pires:

Ao chegarem na América os conquistadores encontraram um elemento que seria essencial para a construção da modernidade, e que operou uma mudança na estrutura de poder até então vigente: a raça. A idéia de raça, que até então fazia referência simplesmente à distinção geográfica, passou a ser elemento essencial que diferenciava, respectivamente, conquistadores de conquistados; civilizados de bárbaros; brancos de índios, brancos de negros e mestiços; europeus de não-europeus; o bem do mal, e inaugurou a possibilidade de que toda a população mundial pudesse ser classificada de forma dicotômica (PIRES, 2021:36).

Um período de exploração se instala, uma vez que, com a chegada dos europeus ao Brasil houve intensa exploração da mão de obra do povo que aqui já se encontrava profusos

⁷Iamamoto e Carvalho (2005) vão definir como questão social, as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e principalmente sua entrada no contexto político, tendo em vista a exigência de serem reconhecidos como classe perante o empresariado e o Estado. As autoras complementam: “É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão” (IAMAMOTO e CARVALHO, 2005:77).

⁸O colonialismo se refere a um padrão de dominação e exploração no qual o controle da autoridade política, dos recursos de produção e do trabalho de uma população determinada possui uma diferente identidade e suas sedes centrais estão, além disso, em outra jurisdição territorial (QUIJANO, 2007. Apud. CANDAU e OLIVEIRA, 2010. p 18).

atos de violência cultural e sexual tais como a criminalização dos costumes e valores já existentes e praticados⁹ e, o processo de mestiçagem sob estupro de mulheres indígenas (TEIXEIRA, 2021).

Um processo de combate perdurou por alguns anos uma vez que, os povos originários não cediam aos invasores e, correntemente, reagiam ao trabalho forçado. Muitos povos originários fugiram e milhares morreram, marcando um impetuoso genocídio. Em consequência desse processo e com vista a aumentar os lucros, a substituição da mão de obra indígena pela mão de obra africana foi incorporada (TEIXEIRA, 2021).

Os africanos eram sequestrados de seu continente, coagidos a deixar suas raízes, família, cultura e eram submetidos a condições escravas. Transportados no conhecido navio negreiro/tráfico negreiro¹⁰, em quantidades excessivas as quais os navios suportavam os africanos conduzidos às colônias portuguesas eram submetidos a condições deploráveis, muita violência e insalubridade. Ao desembarcarem do navio, eram vendidos e direcionados ao trabalho na agricultura, em ofícios e atividades domésticas (TEIXEIRA, 2021).

Período marcado por intensa exploração, os africanos escravizados submetidos a longas e exaustivas jornadas de trabalho, com péssimas condições de vestimenta, alimentação, moradia e sobrevivência, eram tidos como mercadorias, como propriedade privada de seus senhores.

Posto isto, podemos observar o quanto a raça se torna uma ideia central para marcar hierarquias, lugares e papéis sociais. “O negro tornado escravizado, foi coisificado e desumanizado” (SILVA, 2011:76) ao longo da história.

Foi com a promulgação da Lei nº 3.353, de 13 de maio de 1888, mais conhecida como Lei Áurea a qual extingui a escravidão no Brasil, que os escravizados passaram a serem sujeitos livres, porém, ainda sujeitos sem direitos, inseridos no setor de subsistência. Como consequência, “um contingente de pessoas subalternas, sem moradia, trabalho, sem a mínima condição de sobrevivência, corroborando no aumento da expressão da questão social a qual já existia durante o regime escravocrata” (CERQUEIRA, 2011: 67).

Após a abolição, novas formas de relação e poder foram sendo construída, a elite brasileira vêem a necessidade de substituição da mão de obra negra pela dos imigrantes brancos vindos da Europa uma vez que, “a maioria dos grandes fazendeiros não queria assalariar ex-escravos” (ANDRADE, 2014:22).

⁹Através da catequização dos povos originários.

¹⁰O tráfico negreiro estendeu-se por séculos e envolveu diversas regiões do mundo e um enorme contingente humano, o que o torna uma das maiores tragédias da história da humanidade (SILVA, 2011:76).

A substituição do trabalho escravo para o trabalho livre, ou melhor, dizendo, do negro e indígena pelo imigrante branco, iniciou-se no século XIX concomitantemente a expansão capitalista que ocorria aceleradamente, “ansiosos por dias prósperos, viam, na figura do imigrante europeu, a oportunidade de superar o atraso brasileiro” (NUNES, 2008:248). Essa substituição também se dá com o intuito de aniquilar o povo preto e indígena da história, uma vez que esse povo tem sua imagem construída e alicerçada em uma ideia altamente negativa tal como “criatura inferior”, “preguiçoso” (SILVA, 2011:78), deixando assim, “à margem da sociedade um contingente de ex-escravos famintos, obrigados a mendigar e se isolar em favelas ou regiões periféricas” (ANDRADE, 2014:22).

Destarte, mesmo após a abolição da escravatura o negro continuou sendo criminalizado, visto e tratado de forma violenta e hostil, sem direito e/ou condições de sobrevivência.

As leis criadas para a libertação dos escravos tiveram significativa importância na luta pela liberdade, contudo, a liberdade ocorreu apenas no papel, o poder estatal não se preocupou em integrar a população negra ex-escrava às novas formas de relação e poder, as novas regras que se constituíam com uma nova roupagem na sociedade: o trabalho assalariado (JACCOUD; ET AL, 2008). Assim sendo, o processo abolicionista não passou de uma mera reconfiguração das relações de poder, não rompendo com concepções e estrutura colonial, mas fortalecendo-a intensamente.

Com os processos de desenvolvimento econômico os quais se intensificaram ligeiramente, as expressões da questão social foram ficando cada vez mais presentes e explícitas uma vez que, como já supracitado, com a abolição, milhares de ex-escravos não adentraram o mercado de trabalho assalariado, não tiveram nenhum amparo por parte do Governo, e, sem moradia, sem emprego, sem condições para sobreviver, passaram a procurar formas de sobrevivência, tais como praticando mendicância, pequenos furtos, submetendo-se a condições de trabalho precário, ocupando espaços na rua (CERQUEIRA 2011:69).

As transformações ocorridas no Brasil ao longo da história trazem consigo marcas dolorosas da senzala,

(...) O trabalhador escravo que gerou tantas riquezas ao Brasil carrega consigo a invisibilidade, se quando escravos já eram invisíveis a essas análises, pós-abolição não houve grandes mudanças, o foco era voltado ao trabalhador branco e imigrante. Esse período estabeleceu como momento de transição da formação do trabalho livre, onde os ex-escravos foram ficando à mercê da sua própria sorte (MASSAVI, 2017:31).

Portanto, é correto afirmar que a abolição não ocorreu de forma a garantir direitos, nem tampouco a transformar radicalmente à sociedade brasileira, “a estrutura fundiária

permaneceu intocada, a vida econômica continuou apoiada na grande propriedade exportadora e a população escravizada, depois de liberta, foi marginalizada e abandonada” (SILVA, 2011:78). Ou seja, mesmo com a abolição da escravatura, o negro continuou sendo visto e tratado de forma marginal. A abolição ainda promoveu o que Florestan Fernandes em sua obra “A integração do negro na sociedade de classes, 1978”, chamou de desajustamento estrutural do negro (FLORESTAN, 1978. apud. VIEIRA, 2011:332).

“A abolição coincide com o nascimento da República” (JACCOUD; ET AL, 2008:48). A transição para a República, em 1889, trouxe a transformação da estrutura senhorial-escravista para o modelo burguês capitalista, ocasionando a necessidade da transformação do trabalhador por meio de uma nova perspectiva de trabalho (CHALHOUB, 2001. Apud. LUCAS; MONTEIRO, 2020:4) tendo em vista que no período da escravidão, o trabalho era visto como castigo, nenhum nobre trabalhava (THEODORO, 2004. Apud CERQUEIRA, 2011:68). Na nova perspectiva, o trabalho sustentado na lógica de produção de mercadoria as quais geram lucro, assume característica positiva e torna-se necessário, produtivo, valorizado (CERQUEIRA, 2011).

Essa mudança do trabalho escravo para o trabalho livre está inserida em um amplo processo de reestruturação econômica e social que impulsionou a inserção da economia brasileira em contexto mundial (CERQUEIRA, 2011:69). Contudo, tal processo visava o desenvolvimento econômico do Brasil, fortaleceu as desigualdades e degenerou a população negra ex-escrava uma vez que, “negros eram frequentemente preteridos diante dos trabalhadores livre brancos” (LUCAS; MONTEIRO, 2020:5).

Observa-se com o resgate histórico anteposto, que a abolição da escravatura cooperou significativamente no aumento do contingente de pessoas em situação de rua. Milhares de ex-escravos à mercê da própria sorte, sem emprego, sem moradia, sem as mínimas condições de sobrevivência ocuparam as ruas e como forma de sobrevivência, praticavam pequenos atos infracionais como o furto (CERQUEIRA, 2011), e da forma que era possível, se faziam presentes no mercado de trabalho (CHALLOUB, 2001. Apud. CERQUEIRA, 2011). O trabalho informal precário era o que, geralmente, restava a essa população.

As mudanças ocorridas com a abolição da escravatura não representaram, pois, mera transformação na condição jurídica do trabalhador; elas implicaram transformação do próprio trabalhador. Sem isso não seria possível passar da coerção predominantemente física do trabalhador para a sua coerção predominantemente ideológica. Enquanto o trabalho escravo baseava-se na vontade do senhor, o trabalho livre teria que se basear na vontade do trabalhador, na aceitação da legitimidade da exploração do trabalho pelo capital, pois se o primeiro assumia previamente a forma de capital e de renda capitalizada, o segundo assumiria a forma de força de trabalho estranha e contraposta ao capital. Por essas razões, a questão

abolicionista foi conduzida em termos da substituição do trabalhador escravo pelo trabalhador livre, isto é, em termos de substituição física do negro pelo imigrante. O resultado não foi apenas a transformação do trabalho, mas também a substituição do trabalhador. (MARTINS, 1998: 17-18. Apud. SILVA, 2011:78).

A transformação do mundo do trabalho torna-se urgente tendo em vista todas as transformações advindas com o capitalismo.

Com o intuito de escorraçar as pessoas das ruas e as inserirem nos processos de trabalho, foi promulgado em 1890 o novo código criminal que “incorpora o projeto 33A, de 1888, e adiciona a conceituação da vadiagem a ausência de domicílio certo e a prática de ocupações proibidas por lei ou manifestamente ofensivas da moral e dos bons costumes, englobando também ébrios e capoeira” (LUCAS; MONTEIRO, 2020:5). “A criminalização da vadiagem era utilizada como meio de forçar os nativos ao trabalho” (LUCAS; MONTEIRO, 2020:6).

Um ano após a promulgação do Código Criminal, é promulgada a Constituição Federal de 1891 a qual ficou conhecida como Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. Tal constituição foi à primeira constituição republicana e, a segunda constituição do Brasil, induzida por Rui Barbosa, o mais fidedigno dos liberais democratas brasileiros, teve grande importância na história uma vez que ela marca a transição do Estado Monárquico para o Estado Republicano, a separação do Estado e da Igreja e, “celebra igualdade jurídica a todos os brasileiros, porém, a democracia não é realizada de forma ampla” (NUNES, 2008:250), visto que, a constituição de 1891 não tratou da reforma agrária, tampouco criou dispositivos legais para atender ou dar garantia legal de mínima sobrevivência aos escravos recém libertos. Neste período que se instala - o republicano -, a ideia de moralizar os indivíduos pelo trabalho passa a ganhar força. Nesse sentido o trabalho deixa de ter um aspecto degradante e passa a ter certa centralidade na vida dos indivíduos (NUNES, 2008).

Após a promulgação da primeira constituição republicana, o Brasil incorpora o federalismo¹¹ e assume forma federalista; a inspiração para a adoção do Estado Federativo no Brasil decorre das experiências norte-americanas (ABRUCIO; FRANZESE, 2007). Foi estabelecido pela Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, em 1891:

Art.1º - A Nação brasileira adota como forma de Governo, sob o regime representativo, a República Federativa, proclamada a 15 de novembro de 1889, e constitui-se, por união perpétua e indissolúvel das suas antigas Províncias, em Estados Unidos do Brasil (BRASIL, 1891).

¹¹(...) Federalismo; em substituição ao Estado unitário descentralizado através do decreto nº 1, de 15 de novembro de 1889, que previa que as províncias do Brasil estariam reunidas pelo laço da federação, constituídas a partir dali em Estados Unidos do Brasil (SALDANHA, 2009:339).

A adoção do federalismo no Brasil, implantado em substituição ao centralismo do império, dá aos Estados uma grande soma de poder, porém, ele não é somente uma estrutura de controle mútuo; tal sistema depende da criação de incentivos à cooperação e de processos intergovernamentais de decisão conjunta (ABRUCIO; FRANZESE, 2007:2).

No Brasil, o modelo federativo não resultou de um pacto entre unidades autônomas, mas sim de um processo de descentralização de poder, do centro para os Estados. Desta forma, houve vários resultados, ao passo em que os Estados se fortaleceram, a União era enfraquecida gerando um modelo diferente dos Estados Unidos o qual serviu de modelo para a adoção do Federalismo no Brasil (ABRUCIO; FRANZESE, 2007). Logo, enquanto nos Estados Unidos o modelo Federativo significou a criação de um poder central até então inexistente, no Brasil, o Federalismo no cenário político brasileiro significou descentralização (ARUCIO; FRANZESE, 2007).

De acordo com André Regis, 2006, apud, Saldanha, 2009, “o federalismo brasileiro serviu meramente para conceder maior autonomia às oligarquias estaduais, e não foram criadas para acomodar grupos étnicos diferentes dentro do mesmo Estado-membro como em outros Estados” (REGIS, 2006. Apud. SALDANHA, 2009: 343).

A comunicação entre os Estados-membros era inconsistente e a política nacional era dominada pelos Estados mais ricos da federação - São Paulo e Minas Gerais¹² - com aliança com outras unidades médias tais como Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Bahia (SALDANHA, 2009). A disputa presidencial sucedia-se dentro da história anti-republicana, por acordos implícitos, os Estados - SP; MG - se alternavam na Presidência da República. Fraudes, voto de cabresto e a inexistência de qualquer fiscalização independente do processo eleitoral traziam a necessidade de remodelar tal sistema Federalista que se instaura (SALDANHA, 2009).

Ruy Barbosa, apoiador e defensor da descentralização e federalismo, teve significativa importância na alteração do modelo Federalista o qual estava se instaurando no país, uma vez que, nem ele concordava com o excesso de federalismo o qual passou a caracterizar a estrutura Estatal. Sugeriu então a alteração do texto supremo, o qual foi concedido. A alteração resultou na degeneração do caráter do federalismo, reduzindo a

¹²(...) Um arranjo apelidado de “política do café com leite”, por serem os maiores produtores de café e leite, respectivamente (SALDANHA, 2009:343).

autonomia dos Estados-Membros em prol da competência da União, trazendo a centralização outra vez (SALDANHA, 2009).

Toda essa exposição culminou no que se assentou chamar de “República Velha” a qual se caracterizava pelo fortalecimento das oligarquias e do coronelismo a nível estadual e em fraude eleitoral, intensificação das relações de poder - político/econômico - de forma arbitrária e equivocada.

A guerra de 1914-1918 feriu de morte a constituição de 1891 (SALDANHA, 2009:343), que ficou conhecida como símbolo da inefetividade constitucional (LYNCH; ET AL, 2012) tendo em vista que a constituição de 1891 não levou em consideração a realidade social e econômica do país. A urgência de uma nova Constituição é concreta uma vez que, as realidades passadas não estavam em consonância com as realidades do Liberalismo o qual reinava (SALDANHA, 2009).

O movimento liberal no Brasil passou por vários momentos e intensificou-se no processo de constitucionalismo, estabelece regras fundamentadas na liberdade individual e econômica, além de determinações as quais marcam o poder do Estado. Contudo, tal liberalismo supra fortalecido na constituinte de 1891, não garantiu direitos efetivos para a população mais vulnerável, tampouco, direitos de cidadania e direitos políticos. Nesta constituição prevaleceram o compartilhamento de valores que negam a igualdade entre os indivíduos (TRINDADE, 2004).

Destarte, podemos afirmar que o processo de desenvolvimento sócio-histórico da população em situação de rua perpassou por vários momentos, sendo a constituição de 1891 um grande marco para consubstanciar a democracia no Brasil. Entretanto,

(...) Embora a Constituição de 1891 amplie juridicamente a participação política pelo voto e pelo direito de associação e reunião, a realidade que se impõe é uma verdadeira negação da ideia de participação política. A violência contida em um enorme aparato repressivo manifesta-se pela desqualificação e preconceito contra negros e imigrantes; pelo viés de uma ideologia racista travestida de ciência que relaciona tipos sociais a criminosos em potencial; pelo aparato de violência e repressão às manifestações sociais reivindicatórias; por uma visão atávica e deformada de que a questão social é caso de polícia; e pelas fraudes eleitorais. Dessa forma, verifica-se que, ao instituir o regime representativo democrático, as leis da República abrem juridicamente a participação no processo político, ao mesmo tempo em que cerceiam, na prática, seu funcionamento (TRINDADE, 2004:185).

A transição para República foi marcada por diversos acontecimentos os quais contribuíram significativamente no aumento das desigualdades sociais existentes. De fato, a república consolidou-se com o mínimo de participação eleitoral, tendo em vista que analfabetos, mulheres, padres, soldados e a população em situação de rua eram excluídos e

proibidos de exercer a cidadania do voto. Também se firmou sob ideologia liberal que reforçava o coronelismo e oligarquias que decerto induziram o crescimento da população em situação de rua.

1.2- MEMÓRIAS DE UMA HISTÓRIA: OS PERCALÇOS ACERCA DA INSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA BRASILEIRA

Da combinação entre um federalismo, que se traduz em estadualização pelo incontestado domínio de oligarquias, e um individualismo que se traduz em um liberalismo tímido em seus germes democráticos, emerge uma república preocupada com a manutenção da ordem, mesmo à base da violência, descrente da soberania popular e ciosa da missão das elites - o de condutoras dos destinos da nação (TRINDADE, 2004:187).

Durante o período republicano, muitas transformações ocorreram. Como supracitado no tópico anterior, a república velha foi marcada pela política que ficou conhecida como a política do café - com - leite, tendo grandes embates na presidência da República uma vez que, com a política de governos, os candidatos à presidência eram indicados pelos governos de MG e SP (JÚNIOR, 2016).

As mudanças ocorridas neste período evidenciam-se através da intensa pressão para realização de reformas na base do modelo econômico que foi de agroexportador para o modelo industrial-urbano.

O marco histórico da República Brasileira se dá mediante a conhecida revolução de 1930 a qual pôs fim à República Velha e conduziu Getúlio Vargas ao poder (JÚNIOR, 2016). Esse período destacou-se pelas mudanças radicais ocorridas na organização estrutural do Estado, tendo em vista o interesse pelas transformações econômicas as quais progrediram e intensificaram-se cada vez mais pelo hemisfério.

De acordo com Boris Fausto (1978) apud, Júnior (2016):

A revolução de 30 representou o fim da hegemonia da burguesia do café, e o episódio revolucionário expressa a necessidade de reajustar a estrutura do país, cujo funcionamento, voltado essencialmente para o único gênero de exportação, se torna cada vez mais precário (FAUSTO, 1978:112. apud. JÚNIOR, 2016:68).

O período Vargas ficou conhecido como “Era Vargas”, repleto de conflagrações, esse momento conjectura-se sob características paternalistas que singularizam concessões e benefícios os quais empolgavam a população. Segundo Neves (2001):

A "era Vargas" se constitui num momento em que tais elementos – violência e manipulação, concessões e benefícios – se combinaram na construção de uma imagem do “trabalhismo” como expressão idônea de uma nação pacificada,

unificada e corporativa. Buscando esclarecer as formas de instituição de um padrão de relacionamento entre Estado e sociedade no Brasil, em que os métodos estabelecidos pelo modelo “paternalista” se combinam com aqueles oriundos do modelo “liberal”, especialmente no que diz respeito ao campo das relações econômicas, estes trabalhos podem igualmente explicitar as especificidades da formação da classe trabalhadora no Brasil (NEVES, 2001:108).

A Era Vargas decorre por diferentes momentos. Institui-se dentro de um governo provisório -1930 a 1934- o qual representa um período de transição cheio de embates, tendo em vista a união entre o autoritarismo e as características paternalistas como também, a tentativa de ser um poder absoluto a partir da supressão das instituições jurídicas brasileiras, inclusive o federalismo (NEVES, 2001). Mesmo com a tentativa de ser um poder absoluto e com os inúmeros conflitos que vinham ocorrendo, em 1934 é promulgada uma nova constituinte (Constituição Federal de 1934¹³) e Vargas é eleito indiretamente pela câmara dos deputados provisória, presidente da república (NEVES, 2001).

Nesse contexto, inicia-se um governo constitucional e a esperança de uma democracia para o País é instaurada, ainda que Vargas tenha sido eleito indiretamente. Durante o período de 1932 a 1937, Vargas tomou medidas para assegurar o centralismo político do País (ROSSI, 2012), entretanto, o conturbado cenário político interferiu na democracia que acabou por ficar na idealização.

O caráter populista do governo Vargas reiteradamente teve como objetivo o controle total das esferas - público, social, econômico e cultural - autoritário e centralizador, o governo utilizava de discursos demagogos sobre uma democracia que se autodenominava nacional-desenvolvimentista, para se consolidar (ROSSI, 2012).

Marcado por resistência, esse período contou com diversas oposições de caráter populista tais como a Aliança Nacional Libertadora que reivindicava o desenvolvimento das liberdades cívicas na perspectiva liberal, e a Intentona Comunista que foi reprimida pelo governo e teve seus líderes presos, dentre eles Luís Carlos Prestes¹⁴ (ROSSI, 2012).

¹³Segundo Santos e Andrade (2012) uma importância crucial como “virada dogmática” nas estruturas do poder que consolidavam a perversão política no país. O surgimento de novos direitos e da classe operária buscando novas formas de participação política levou ao engrandecimento das discussões democráticas no país (SANTOS; ANDRADE, 2012:18).

¹⁴ Luís Carlos Prestes nasceu em Porto Alegre - RS em 1898. Quando foi entrevistado, em 20 de fevereiro de 1988, estava na casa dos 90 anos de idade e mantinha uma clareza de raciocínio admirável. Iniciou suas atividades políticas em 1923, quando participou como um dos principais líderes do movimento político-militar que acabou por levar o seu nome: a Coluna Prestes. Desta data até sua morte, em 1990, sempre manteve uma intensa atividade como militante político (DA SILVA, 1993).

Devido ao forte movimento de oposição, em 1935 Vargas decreta Estado de Sítio e logo em seguida Estado de Guerra, iniciando uma perseguição aos partidos do movimento comunista que se constituíam.

Em 1937, Vargas com seu discurso nacionalista promoveu e concretizou um golpe de Estado o qual dissociou o congresso, viabilizou uma nova constituinte, rompeu com os partidos políticos e criou o Código de Imprensa o qual culminou em ditadura e censura (ROSSI, 2012:4). Esse período ficou declarado como o “Estado Novo de Vargas” – 1937 a 1945 – e tinha como pano de fundo, o mito da Nação e do Povo, enunciado no tocante à “proteção da pátria e da ordem nacional” (ROSSI, 2012).

Em 10 de Novembro de 1937 é então apresentada a nova Constituição Brasileira.

Getúlio comparece a uma estação de rádio e anunciava que o país ganharia uma nova constituição, que o congresso estava sendo fechado e que a partir desse momento ele se transformava em chefe absoluto da nação (D'ARAÚJO, 1997, p.27. Apud. AMORIM; BILHÃO, 2010, p.1024).

Por conseguinte, compreende-se que o caráter autoritário - centralizador que outorgava condições de poder ao então presidente, bem como a concentração de poderes ao chefe do executivo, permaneceu (AMORIM; BILHÃO, 2010). Ainda que a constituinte de 1937 estabelecesse o Estado Federal, sua existência era puramente formal tendo em vista que na prática, Vargas criou grandes obstáculos para as oligarquias estaduais (SALDANHA, 2009).

O presidente teve todo o poder político nas mãos, e o Brasil nem foi democrático nem federativo. Oficialmente, o Brasil era uma federação (Constituição de 1937); na prática, contudo, o país era um estado unitário. O governo central negociava constantemente com as elites regionais. Nesse passo, diminuía-se a autonomia estadual e aumentava-se a autonomia municipal, colaborando com o descenso do federalismo (SALDANHA, 2009:344).

Destarte, o período “Estado Novo de Vargas” foi marcado por intensas contendas e ditadura, entretanto, ao mesmo tempo marcado por um largo desenvolvimento, sobretudo, desenvolvimento econômico uma vez que o Estado passou a investir em produção de bens e consumo, tornando-se forte investidor no setor industrial e não mais somente no setor agrário (ROSSI, 2012).

(...) a luta pelo ideal nacional-desenvolvimentista teve de ser travada em duas frentes: internamente, contra uma oligarquia parasitária e detentora da principal fonte econômica do país; e externamente ora contra políticas que solaparam a expansão industrial brasileira, ora contra processos que alteravam a conjuntura mundial do grande mercado (ROSSI, 2012:1).

Durante o Estado Novo, vale destacar também as mudanças sociais que ocorreram, tendo em vista que com o Estado Novo consolidado, medidas voltadas principalmente à classe operária foram estabelecidas tais como a criação do ministério do trabalho, indústria e comércio e a consolidação das leis trabalhistas (CLT), que mesmo sendo a união de várias leis já promulgadas ao longo do governo desde 1930, significou um passo importante da política social (AMORIM; BILHÃO, 2010).

Amorim e Bilhão (2010), insinuam que a Questão Social era para o Estado Novo, uma questão pertinente e característica aguda do período. Entretanto, o compromisso do Estado para com as questões político-social era insuficiente e ainda contava com caráter controlador-autoritário uma vez que, durante o Estado Novo houve conciliação entre o autoritarismo político e modernização econômica, com ideologia nacionalista/fascista (AMORIM; BILHÃO, 2010:1028).

Em 1945 o Estado Novo começa a perder força (QUELER, 2016:2). O autoritarismo que se assemelhava ao aparato nazi-fascista foi sendo contestado por países com governos democráticos e várias incisões gradualmente foram subvertendo o regime autoritário (QUELER, 2016).

Com tanta pressão opositora, Vargas compromete-se com a redemocratização do país (ABREU, ET AL. 2001. apud. QUELER, 2016), enfatiza as políticas sociais, ressaltando as políticas para os trabalhadores uma vez que o movimento operário vinha crescendo e tomando força. O interesse em firmar apoio com o movimento acontece (QUELER, 2016).

Neste momento, os partidos outrora assolados, tanto liberais conservadores aos socialistas e comunistas, reaparecem e se unificam momentaneamente para constituírem a União Democrática Nacional (UDN), a qual agrupou correntes de várias linhas ideológicas e políticas em sua base para reconquistar as liberdades democráticas e tirar Vargas do poder (AMORIM; BILHÃO, 2010).

Em outubro de 1945, por meio de um golpe militar, Vargas é deposto (AMORIM; BILHÃO, 2010). No entanto, um intenso movimento popular manifesta-se a favor da permanência de Vargas no poder, tal movimento ficou conhecido como “Movimento Queremista”¹⁵.

Com o processo de redemocratização em marcha, poderia se pensar que a força política do “ditador” enfraqueceria e que estaria fadada ao fracasso, todavia não é isto que podemos observar, nas palavras de Ferreira, “cai à ditadura do Estado

¹⁵ Movimento cujo único ideário político era a permanência de Vargas no poder. O aparecimento do termo, durante a redemocratização, está intimamente associado ao liberalismo de segmentos das elites brasileiras (QUELER, 2016:5).

Novo, mas cresce o prestígio do ditador, vislumbra-se o regime democrático e, no entanto, os trabalhadores exigem permanência de Vargas”. (FERREIRA, 2005, p. 26. apud. AMORIM; BILHÃO, 2010:1036).

O movimento queremista teve significativa importância ainda que tenha sido um movimento sem bases políticas claras e sem um projeto político além do “queremos Getúlio”. O quererismo não se encaixa numa trajetória linear (QUELER, 2016:5), tal termo está intrinsecamente associado ao liberalismo das elites. Ainda que o movimento operário tenha despertado, tomado força e lutado, as ações do Estado eram insuficientes. Por via do ministério do trabalho, indústria e comércio e dos empresários com fortes interesses econômicos, o estado participava do movimento com intuito de abrir caminhos para soluções de força (QUELER, 2016: 5-6).

Não obstante as intensas movimentações pró-Getúlio e com a deportação sofrida, Vargas não se candidata à presidência e perde apoio.

A queda de Vargas deveu-se basicamente a dois motivos. Em primeiro lugar, não interessava aos EUA um País em sua esfera de influência, cujo governo pretendesse implementar uma política industrializante e de cunho nacionalista, mesmo que esta tivesse muito mais funções internas do que hostilizar o capital estrangeiro, aliás, muito bem-vindo e considerado importante para o seu desenvolvimento. Em segundo lugar, deveu-se à deterioração de sua heterogênea base de sustentação (CORSI, 1996:35).

A tentativa de modificar a imagem do projeto nacional do Estado Novo intercorre desde 1944, Vargas procurava intensificar seu lado nacionalista e popular para o fortalecimento dos laços diretos com as massas (CORSI, 1996:35).

A transição para a democracia é marcada por acontecimentos célebres, o apoio das massas era substancial para Vargas uma vez que esse apoio fortalecia sua autonomia frente às classes dominantes, num momento em que procuravam assegurar um controle mais direto da política, economia e das mudanças institucionais (CORSI, 1996:35). Industrialização, nacionalismo e populismo formam os pilares do projeto nacional pretendido por Vargas para essa transição do Estado Novo à democracia (CORSI, 1996).

Desta forma, tais projetos de desenvolvimento esboçados no decorrer do Estado Novo desempenharam papel importante naquele período e constituem múltiplos desdobramentos para o período posterior.

Com o fim do Estado Novo, é promulgada em 1946 a nova constituinte. Incidentemente há ressurgência às práticas democráticas no plano político, entretanto o processo de modernização prosseguiu nas bases anteriormente fundadas (PAIXÃO, 2011).

O período entre 1945-1964 foi marcado por interregno que desempenhou uma alternância de partidos e líderes políticos no poder.

Paixão (2011) sinaliza episódios históricos que ocorreram neste período:

(...) O suicídio de Getúlio Vargas - 1954- em pleno mandato; a inesperada renúncia de Jânio Quadros -1961- eleito com grande votação e uma experiência parlamentarista que era, na verdade, uma condição imposta por setores conservadores da sociedade para a posse, na presidência da república, do vice-presidente eleito. O único presidente civil que concluiu seu mandato no período compreendido entre 1945-1964, Juscelino Kubitschek de Oliveira e precisou de apoio de setores das forças armadas para tomar posse. Durante seu governo enfrentou duas tentativas de golpe (PAIXÃO, 2011:154).

Em 1964, concretiza-se um golpe militar contra o presidente João Goulart, o qual se exilou no Uruguai após o presidente da Câmara dos Deputados declarar vago o cargo de presidente da república ainda com Goulart em solos brasileiros (PAIXÃO, 2011). O golpe teve como resultado mais do que a derrubada do presidente da república tendo em vista a instituição de um governo comandado por uma junta militar, representando ainda, a destruição do sistema constitucional democrático estabelecido ao fim do Estado Novo (PAIXÃO, 2011).

Posterior ao golpe, Carlos Castello Branco- um marechal- é elevado à presidência por um “comando supremo da revolução”. Conquanto não houve resistência armada, tampouco mobilização intensa da sociedade civil. A esta altura, o Brasil adentra um novo período autoritário (PAIXÃO, 2011:155).

O delineamento sócio-histórico conturbado da política brasileira impactou profundamente a construção das políticas sociais no Brasil, sobretudo, dos direitos sociais. É em meio a conjuntura de reorganização econômica, social e política que no Brasil, nos anos 30, a política social é instituída e associada formalmente aos direitos sociais reivindicados por trabalhadores organizados, entretanto, ainda submetidos a práticas populistas nacional-desenvolvimentista constituída no governo ditatorial de Vargas, preeminentes até os dias atuais (PEREIRA, 2012).

1.2.1. DITADURA MILITAR E A CONSTITUIÇÃO DA DEMOCRACIA: A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA AGENDA DO ESTADO

A discussão sobre a construção da democracia no Brasil, sobretudo, dos direitos sociais é indissociável da discussão histórica da política brasileira, desse modo, o debate supracitado é oportuno para o entendimento deste tópico.

O fim dos anos de 1960 até a promulgação da CF de 1988 define os rumos que o Brasil tomaria após depauperar o governo dos generais, além do surgimento de novos movimentos em prol da anistia e eleições diretas (PAIXÃO, 2011). Ambas as reivindicações marcam a experiência social brasileira e foram fundamentais para o progresso da elaboração da constituição (1988).

O período ditatorial que durou 21 anos (1964-1985), interferiu fortemente na vida social, política, econômica e cultural da sociedade brasileira. Tal período compreende a resistência capitalista frente às possibilidades de reformas e avanços sociais, uma vez que, o golpe militar conteve os avanços populares que vinham em crescente organização e mobilização acerca das lutas pela reforma da base (LARA; SILVA, 2015). Tempo de violação sistemática e maciça dos direitos humanos, negação de valores democráticos e de arbítrio do Estado, o objetivo era promover a internacionalização da economia e a reconcentração de renda, poder e propriedade nas mãos de empresas transnacionais, monopólios estatais e privados e, grandes latifundiários, aprofundando sua integração com o mercado mundial e suas ligações com o capital financeiro e industrial internacional (PETRAS, 1999. apud. LARA; SILVA, 2015).

Ao que corresponde às políticas sociais no período da ditadura segundo Potyara Pereira (2012):

No período da ditadura militar, a política social foi amplamente utilizada como compensação ao cerceamento dos direitos civis e políticos, praticado pelo Estado, que, graças à existência à época de um ciclo econômico expansivo internacional, deu continuidade à industrialização desenvolvimentista¹⁶ no país (PEREIRA, 2012:733).

Ao longo deste tempo, com a permanência formal da constituição de 1946, os militares projetavam aparência de legalidade nas ações e que, legitimara o regime ditatorial (GROFF, 2008). Entretanto, os atos institucionais constituídos neste lapso, ocuparam o lugar central e a constituição não detinha mais a supremacia na ordem jurídica do país, os partidos

¹⁶Nesse período, a ideia de desenvolvimento, além de ter rompido com o populismo do nacional-desenvolvimentismo anterior, priorizava o nacionalismo econômico e o gerenciamento logístico e técnico-burocrático do progresso (PEREIRA, 2012:733).

políticos foram dissolvidos e houve a prorrogação do mandato de Castello Branco tendo em vista que, com o ato inconstitucional nº2, as eleições presidenciais tornam-se indireta, e o ato complementar nº 4, estabelece regras para a formação de novos partidos. Destarte, no período produziu-se um sistema bipartidário artificial, composto de um partido de sustentação do governo militar - a Aliança Renovadora Nacional (ARENA) – e outro de oposição – o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), todavia, ambos existiriam até novembro de 1979, quando se reestruturou o sistema partidário e deu-se a volta ao pluripartidarismo (BARROSO, 2008:186).

Em 1967, em virtude do ato institucional nº 4¹⁷, foi deliberada reunião extraordinária para votação do novo projeto de Constituição. Castello Branco visava com o projeto, dar maior legitimidade para o regime ditatorial, entretanto, o que se teve foi a instauração de um processo totalmente ilegítimo uma vez que, o congresso não estava investido do poder constituinte originário e também, tratava-se de uma convocação autoritária, com meios de pressão e repressão que não permitiam a livre expressão (BARROSO, 2008:186).

Em meio a diversos embates, o texto da constituinte¹⁸ é aprovado com pequenas alterações (GROFF, 2008:121), a exemplo: o nome da Constituição que outrora portava o título de “Constituição dos Estados Unidos do Brasil”, a partir desta constituição de 1967 é titulada como “Constituição do Brasil” (GROFF, 2008:121). Contudo, a ascensão da linha dura nas forças armadas e a intransigência do curso ditatorial o qual a força se impõe sobre a resistência democrática esboçada em diferentes capitais, conduzem ao declínio da CF de 1967 (BARROSO, 2008).

Em 1968, de acordo com Barroso (2008), o Brasil vive um embate ideológico entre a ditadura e as forças que defendiam a democracia. Vence a ditadura e após, o ato institucional nº 5¹⁹ é constituído.

¹⁷ O ato institucional nº 4, de dezembro de 1966, convocou o Congresso Nacional para se reunir extraordinariamente, para o fim de discutir, votar e promulgar o projeto de Constituição apresentado pelo Presidente da República (BARROSO, 2008:186).

¹⁸ A constituição de 1967 previa um capítulo sobre direitos e garantias individuais (art.153) e um artigo (165) com um rol de direitos sociais dos trabalhadores, para melhoria das suas condições sociais (GROFF, 2008:121).

¹⁹ O AI nº 5 permitia ao presidente da república: decretar o recesso do congresso nacional, assembleias legislativas e câmara dos vereadores, assumindo ele próprio poderes legislativos plenos; decretar a intervenção federal nos Estados e Municípios, sem as limitações previstas na constituição; suspender os direitos políticos de qualquer cidadão por dez anos e cassar mandatos eletivos federais, estaduais e municipais. Suspendiam-se, ainda, as garantias constitucionais e legais de vitaliciedade, inamovibilidade e estabilidade, podendo o presidente da república, mediante decreto, demitir, remover, aposentar ou pôr em disponibilidade quaisquer titulares das garantias referidas, bem como reformas militares. Ficava igualmente suspensa a garantia do habeas corpus. Os atos praticados com base no AI nº5 ficavam excluídos da apreciação judicial (BARROSO, 2008:187).

Neste período, o Marechal Artur da Costa e Silva assumiu a presidência da república (1967), entretanto, por motivos de saúde se afastou do cargo de presidente (1969) e meses depois, faleceu (BARROSO, 2008). A insurreição praticada ao longo da história sobrevém outra vez. O poder foi absorvido por uma junta militar que impediu o vice-presidente Pedro Aleixo tomar posse de seu cargo e, concedeu uma nova constituinte, a constituição de 1969²⁰. Posterior à outorga da constituição (1969), intercorre intensa disputa de poder entre os militares. O General Emílio Garrastazu Médici é indicado e eleito à presidência, cargo que exerceu durante 1969-1974, seu governo ficou conhecido pela designação sugestiva de “anos de chumbo²¹” (BARROSO, 2008).

A tortura generalizada ocorrida durante a ditadura imprimiu na história brasileira uma mancha moral perdurável. Barroso (2008) confere em seu texto que a abertura política, “lenta, gradual e segura”, teve seu início sob a presidência do General Ernesto Geisel em 1974. Não obstante, amparado mais de uma vez, de instrumentos ditatoriais, Geisel impôs sua autoridade e derrotou resistências diversas à liberalização do regime, que vinham dos porões da repressão e dos bolsões anticomunismo radical das Forças Armadas (BARROSO, 2008:188).

Em 1977, Geisel decreta o recesso do Congresso Nacional e outorgou às Emendas Constitucionais (EC) n° 7 e n° 8, de abril de 1977, que continham uma reforma do judiciário, medidas casuísticas que asseguravam a preservação da maioria governista no Legislativo e mantinham eleições indiretas para governadores. Ademais, Geisel cassou o mandato de vereadores, deputados estaduais e federais (BARROSO, 2008).

A revogação de todos os atos institucionais e atos complementares que lhes davam execução intercorre com a EC n° 11 de outubro de 1978. Após a revogação dos atos institucionais, o General João Baptista Figueiredo, em março de 1979 toma posse do cargo de presidente da república. Figueiredo deu seguimento ao processo de descompressão política, promovendo a anistia²² e liberdade partidária. Na época, centenas de brasileiros voltaram ao

²⁰ A Constituição de 1969 ampliou a centralização do poder e o autoritarismo. Ela incorporou ao seu texto medidas autoritárias dos Atos Institucionais; consagrou a intervenção federal nos Estados; cassou a autonomia administrativa das capitais e outros municípios; impôs restrições ao Poder Legislativo; validou o regime dos decretos-leis; manteve e ampliou as estipulações restritivas da Constituição de 1967, quer em matéria de garantias individuais, quer em matéria de direitos sociais (GROFF, 2008:123).

²¹ Refere-se a uma política autoritária e violenta, de intolerância política relacionada diretamente com a ditadura militar (TRAMARIM, sem ano).

²² A anistia política foi concedida pela lei n° 6.683, de agosto de 1979, dispondo em seu art. 1°: “É concedida anistia a todos quantos, no período compreendido entre setembro de 1961 e agosto de 1979, cometeram crimes políticos ou conexos com estes, crimes eleitorais, aos que tiveram seus direitos políticos suspensos e aos servidores da administração direta e indireta, de fundações vinculadas ao poder público, aos servidores dos

país e diversos partidos políticos foram criados e saíram da clandestinidade (BARROSO, 2008).

O período entre 1978 e 1985 é caracterizado pela “abertura democrática”, com o retorno do multipartidarismo, em 1978, e as eleições diretas para governadores, em 1982. Em 1984 surge o movimento pelas “Diretas Já”, que defendia a aprovação no Congresso Nacional da Emenda Constitucional prevendo as eleições diretas para Presidente da República (GROFF, 2008:123).

O movimento pelas “Diretas já” mobilizou grandes manifestações de massa e marcou a democratização, ainda que não tenha conseguido a aprovação da Emenda nesse período. Entretanto, a oposição, defensora das “diretas já”, conseguiu vencer as eleições indiretas para presidente da república (GROFF, 2008:123). Em 1984, Tancredo Neves e seu vice José Sarney, vencem as eleições indiretas para presidente da república, entretanto, antes da posse, Tancredo morre e seu vice Sarney, em meio a contendas, assume. O governo ficou marcado por ser o primeiro governo civil após período ditatorial, assinalando um novo período político no Brasil, a nova república (GROFF, 2008).

Com esse contexto podemos perceber que a constituição da República se deu com diversos embates políticos, ideológicos e principalmente mercadológicos os quais dificultaram a efetivação das políticas sociais que são de direito. As constituições até então promulgadas não estabeleceram avanços legais no que tange aos direitos sociais da PSR, é a partir da Constituição Federal de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, que direitos sociais são implementados para todos os cidadãos brasileiros. Seguimos para a discussão no próximo tópico.

1.3 CONSTITUIÇÃO CIDADÃ E OS MARCOS EM DIREITOS SOCIAIS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O percurso histórico supracitado no tópico anterior nos permite observar a progressão da república brasileira e dos direitos sociais e políticos tendo em vista que, a história da formação social, política e econômica da sociedade brasileira, expressa as desigualdades que perpassa ao longo do tempo e que se reproduz nas sociedades até os dias atuais.

Com a transformação da forma de governo, a década de 80 marca profundamente a república brasileira uma vez que, tem-se o processo de redemocratização e conquistas expressivas neste período. Com a posse do presidente José Sarney e seu vice Tancredo

poderes legislativo e judiciário, aos militares e aos dirigentes e representantes sindicais, punidos com fundamentos em Atos Institucionais e Complementares” (BARROSO, 2008:189).

Neves, um período democrático desponta posto que, o governo de Sarney/Tancredo foi o primeiro governo civil depois de mais de 20 anos de ditadura (BARROSO, 2008), marcando o início de um novo período da política brasileira, a Nova República (GROFF, 2008:123).

É por meio da EC nº 26, de novembro de 1985, que há a convocação de uma Assembleia Nacional Constituinte para discussão do texto proposto. Entre os dias 1 de fevereiro de 1987 e 5 de outubro de 1988, acontecem as discussões acerca do texto constituinte proposto. Em outubro de 1988 é promulgada a nova constituinte (GROFF, 2008).

Grande marco na trajetória constitucional, a Constituição Federal de 1988 foi, definitivamente, uma expressiva conquista do/para o povo brasileiro, tanto pelo seu processo de elaboração, quanto pelo seu conteúdo uma vez que, na construção da referida carta magna participaram não somente parlamentares com diferentes posicionamentos políticos, mas também, setores da sociedade civil através de audiências públicas ou pela proposição de emendas e projetos constitucionais.

A proposta desta constituição priorizou a democracia e foi chamada por Ulysses Guimarães de Constituição Cidadã (GROFF, 2008:124). A evidência democrática se dá ao fato declarado que a constituição é elaborada e promulgada por representantes do povo e, pelo apontamento dado em seu art.1º, o qual afirma que “o Estado Brasileiro é um Estado Democrático e tem como fundamentos a soberania, cidadania, dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político” (BRASIL, 1988).

Destarte, é a primeira vez ao longo da história que uma constituição se refere expressamente a um determinado tipo de Estado, podendo ser considerado um Estado mais avançado tendo em vista sua sistematização efetiva e inovadora no que tange aos direitos sociais e políticos. É com esta constituição (1988) que ocorrem eleições presidenciais por meio do voto direto, secreto e universal, e ainda, debate público amplo, participação popular e alternância de partidos políticos no poder.

De fato, é apenas nesse período que os direitos fundamentais e suas garantias são considerados pelo ponto de vista político. É a partir desse período também, que a população em situação de rua torna-se eminente a agenda pública e considerada pelos gestores institucionais dado que, a partir da constituição de 1988, **todo** cidadão é igual perante a lei²³, e **todo** cidadão tem direitos e deveres na sociedade²⁴, sem distinção de qualquer natureza para sua execução. Anterior a este período, os direitos sociais encontravam-se declarados nas

²³ Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988).

²⁴ Disposto no Título II, Capítulo I e II da Constituição Federal de 1988.

constituições, entretanto, dispositivos complementares da própria constituição e a prática governamental acabavam por negar esses direitos (GROFF, 2008:127), e a população em situação de rua, deveras, não era assistida, nem ao menos considerada pelo Estado.

Groff (2008) salienta:

Desse modo, apesar das declarações de direitos nas diversas Constituições brasileiras, seja em regimes democráticos, seja ditatoriais, houve constantes violações aos direitos fundamentais, e ainda continua havendo nos dias de hoje, apesar de termos uma das mais lindas declarações de direitos na Constituição atual, de 1988. Sem sombra de dúvida, existe um grande fosso entre o dever-ser e o ser ou entre o ideal e o real (GROFF, 2008:128).

A principal razão para a violação dos direitos sociais ao longo da história é o interesse econômico junto às relações de poder. Consequentemente o debate acerca das políticas sociais e direitos sociais é repleto de embates e obstruções, no entanto, ao mesmo tempo é um debate baseado em interesses econômicos e de controle²⁵.

É com base nas transformações (políticas, econômicas, sociais e culturais) que a Constituição de 1988, possibilitou importantes avanços e a conquistou uma política social descentralizada, com uma democracia que compartilha responsabilidades da execução das políticas públicas entre sociedade e Estado (SANTANA; CASTELAR, 2014:360).

Determinante marco legal no que tange aos direitos sociais, a CF de 1988, define os direitos sociais como:

Art. 6º. É direito social a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Com isso, pode-se afirmar que, a população em situação de rua a partir da Constituição Federal de 1988, adentra o segmento constitucional que garante os direitos fundamentais e cidadania social²⁶. Não obstante, é após a promulgação da CF/88, que a PSR ganha espaço na pasta das políticas sociais do Estado e torna-se cidadão de direitos.

²⁵ No Brasil, a expressão controle social tem sido utilizada como sinônimo de controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, especificamente no campo das políticas sociais, desde o período da redemocratização dos anos de 1980. A utilização da expressão com este sentido foi propiciada pela conjuntura de lutas políticas pela democratização do país frente ao Estado autoritário, implantado a partir da ditadura militar (BRAVO; CORREIA, 2012:127).

²⁶ A cidadania entendida como capacidade de todos os indivíduos, no caso de uma democracia efetiva, de se apropriarem dos bens socialmente produzidos, de atualizarem as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado (COUTINHO, citado por COUTO, 2006, p. 34). A cidadania social diz respeito ao atendimento às necessidades humanas básicas, e que deve ser provido pelo Estado.

A promulgação da lei nº 11.258/2005²⁷, marca profundamente a trajetória da população em situação de rua no que concerne aos direitos sociais, cidadania e dignidade humana. Essa lei altera o parágrafo único do art.23, da Lei Orgânica da Assistência Social, e estabelece a obrigatoriedade na criação de programas direcionados à PSR no âmbito da organização dos serviços de assistência social, com perspectiva intersetorial (BRASIL, 2005), dessa forma, o Estado passa a ter como tarefa a manutenção de programas e serviços de atenção à PSR, garantindo-lhes a cidadania, a dignidade e a igualdade no tocante ao segmento social.

Outro marco relevante para a PSR, contudo, foi revogado durante o governo Bolsonaro, foi o decreto nº 5.940/2006, o qual propunha a elaboração de estudos e apresentações de propostas de políticas públicas para a inclusão social da PSR, conforme disposto na lei nº8.742/93 e dá outras providências (BRASIL, 2006). O decreto revogado foi extremamente importante e decisivo para a elaboração do documento que sucedeu o decreto nº 7.053/2009, o qual institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e seu comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, implementada de forma descentralizada e articulada entre a União e os demais entes federativos que a ela aderirem por meio de instrumento próprio (BRASIL, 2009).

A portaria nº 381/2006, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome também coopera significativamente na expansão dos serviços voltados a PSR uma vez que:

Estabelece critérios e procedimentos relativos ao repasse de recursos financeiros aos Municípios, destinados à expansão dos serviços socioassistenciais cofinanciados pelo Fundo Nacional de Assistência Social - FNAS -, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS -, ao desenvolvimento e aprimoramento da gestão dos Centros de Referência de Assistência Social - CRAS - e Centro de Referência Especializados de Assistência Social - CREAS -, no exercício de 2006 (BRASIL, 2006).

Para municípios com mais de 300 mil habitantes os quais haviam existência de pessoas sobrevivendo em situação de rua, a portaria supracitada traz no art. 7º, a segurança de transferência de renda aos municípios, sendo disposto da seguinte forma:

Art. 7º - Serão transferidos aos Municípios com mais de 300 mil habitantes, que possuam população em situação de rua, conforme levantamento realizado pelo MDS em 2004 e 2005, novos recursos destinados ao cofinanciamento do Piso de Alta Complexidade II, para financiar a rede de acolhida temporária destinada à população em situação de rua, na perspectiva de potencializar e diversificar a rede de serviços de proteção social especial de alta complexidade, bem como, atender ao disposto no art. 23 da Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (BRASIL, 2006).

²⁷ Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua (BRASIL, 2005).

Seguindo a trajetória de evolução em torno dos direitos sociais para a PSR, vale salientar a resolução nº 109/2009 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) o qual aprova a tipificação nacional de serviços socioassistenciais, e traz em seu art. 1º, § II, alínea (E) – “a proteção social especial de média complexidade, tipificando os serviços socioassistenciais especializados para a PSR” (BRASIL, 2009).

A Instrução Operacional Conjunta SENARC /SNAS/MDS nº 7, de 22 de novembro de 2010, também contribuiu expressivamente com a garantia dos direitos sociais da PSR tendo em vista seu objetivo, o qual auxilia na disseminação de informações acerca da inclusão da PSR ao cadastro único do governo federal (CadÚnico), com a principal finalidade: “Orientar os municípios e o Distrito Federal para a inclusão dessa população ao CadÚnico” (BRASIL, 2010). Essa instrução operacional tem grande efeito uma vez que, potencializa consideravelmente o acesso desta população aos serviços públicos ofertados, principalmente a rede de serviços socioassistenciais e a saúde.

Os avanços normativos no tocante à política social e aos direitos sociais da PSR ocorrem de forma lenta, entretanto não podemos deixar de reconhecê-los. Dentro dos marcos supracitado, e ainda que a CF/88 tenha assegurado direitos fundamentais aos cidadãos brasileiros, é apenas com a PNPSR que a PSR ganha uma definição, atenção e a sua proteção social é intensificada.

A Política Nacional para População em Situação de Rua define a população como sendo:

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

A PNPSR ainda conta com objetivos²⁸ os quais acentua a participação da PSR na sociedade, a exemplo:

- I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;
- III - instituir a contagem oficial da população em situação de rua;
- VII - implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua;

²⁸ Para conferir todos os objetivos, consulte o art. 7º da Política Nacional para População em Situação de Rua.

IX - proporcionar acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica;

X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços;

XII - implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social;

XIV - disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho (BRASIL, 2009).

Com a análise histórica acerca dos marcos em direitos sociais para a população em situação de rua, pode-se inferir que a luta pelo seu reconhecimento e por direitos sociais não é a - histórica tampouco quimérica. A PSR ao longo do tempo foi invisibilizada, discriminada e culpabilizada por suas condições. É inegável a importância de políticas públicas específicas para esse segmento populacional uma vez que ele expressa uma das mais latentes e violentas expressões da questão social.

De acordo com as pesquisas para a construção deste trabalho, o marco crucial em direitos sociais para essa população se dá com a Política Nacional para População em Situação de Rua que decorre da luta do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPSR) ²⁹. Desse modo, é perceptível o avanço das ações Estatais para com a PSR, entretanto, os avanços neoliberais que vem acontecendo nos últimos anos, são forte ameaça aos avanços e conquistas históricas dessa população, tendo em vista que a reforma neoliberal vem com um projeto que reduz as responsabilidades estatais e colabora intensamente com a lógica de mercado, pregando uma liberdade individual meritocrata e autônoma a qual responsabiliza e culpabiliza os indivíduos pelas suas condições, e reforça a mão forte do Estado para a coerção, criminalização e culpabilização dos indivíduos.

Pizzato, 2012, afirma:

A proteção social, o direito do cidadão e o dever do Estado se conformam no Brasil como um espaço contraditório, ao mesmo tempo em que abrange concessões abrange conquistas impulsionadas pela ação da classe trabalhadora e pelos movimentos sociais (PIZZATO, 2012:72).

E é nesse cenário, repleto de lutas e contradições que a PSR vai conquistando seu espaço. Silva (2006) salienta que, as causas estruturais do fenômeno PSR vinculam-se à estrutura da sociedade capitalista. Sua produção e reprodução têm bases nos processos

²⁹O Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), presente no Brasil desde 2004, tem como uma de suas premissas a inclusão de pessoas em situação de rua na discussão de qualquer assunto que esteja relacionado a elas, exige o fazer “com”. Assim, têm como lema a máxima de “nada sobre nós, sem nós”: uma forma de reivindicar seus lugares de fala, considerando a experiência de vida na rua como fundamental para se pensar e construir ações direcionadas a essa população (SICARI; ZANELLA, 2020).

relativos à acumulação do capital. Sem rendimentos e, muitas vezes, fragilizados psicologicamente e até fisicamente, ocupam os centros das cidades, onde podemos observar a circulação das riquezas e do dinheiro.

O fenômeno População em Situação de Rua é um fenômeno complexo que constitui múltiplas expressões sociais tais como: desemprego, subemprego, dependência química, vínculos fragilizados, violência, discriminação de gênero, etnia, o não acesso à saúde, a educação, a habitação, entre tantas outras. Essa realidade é desafiadora e necessita de um trabalho intersetorial entre as políticas públicas articulado aos movimentos sociais que proporcionam resistências e impulsionam a contra-hegemonia (PIZZATO, 2012).

1.4 CARACTERIZAÇÃO DO FENÔMENO POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E A NATURALIZAÇÃO.

O ponto de partida para a caracterização deste fenômeno deu-se através de questionamentos iniciais tais como: “quem é essa população?”; “o que as levaram a situação de rua?”. Com o delineamento sócio-histórico, pudemos observar que o fenômeno PSR não é um fenômeno a - histórico, tão pouco fora de contexto. Tal fenômeno é consequência da escravidão, da colonialidade, do trabalho assalariado, do intenso processo de desenvolvimento do capitalismo e do êxodo rural, o qual teve proporção maior no Brasil (SOUSA; MACEDO 2018:6) e da falta de interesse estatal sob as políticas sociais.

Considerada por Silva (2006) uma expressão radical da questão social na contemporaneidade, a PSR constitui-se um fenômeno que está intrinsecamente relacionado com outras expressões da questão social tais como o desemprego, pobreza e falta de moradia regular. Múltiplas são as violências que acometem múltiplos são os fatores que determinam essa situação, marcada pela pobreza absoluta, condições de sobrevivência precárias, essa população está inserida às margens da sociedade e demonstra claramente a desigualdade e exclusão social que assombra populações vulneráveis.

No Brasil, o desenvolvimento das políticas sociais deu-se de forma lenta, o que impactou negativamente o desenvolvimento social do País, principalmente no que tange às políticas sociais para a PSR (SOUSA; MACEDO, 2018). Observamos essa conjuntura

quando só após o trágico acontecimento que ficou conhecido internacionalmente como o “massacre da sé³⁰ (2005)”, essa população começa a ser percebida, conceituada e acolhida.

Com a proporção do massacre e a gravidade do mesmo, a PSR ganha maior atenção e enseja mobilização para lutar por reconhecimento, respeito, dignidade e, sobretudo, pelos seus direitos. A mobilização foi intensa e corroborou substancialmente para a organização desta população enquanto movimento social que ficou conhecido como Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPSR). O movimento foi marcante e desencadeou no I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, o qual foi realizado em setembro de 2005, em Brasília (BRASIL, 2008).

O Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua foi um marco importantíssimo na luta desta população uma vez que houve participação de representantes do governo e entidades representativas da PSR, e contribuiu significativamente para quebrar com a naturalização e estigma negativo do fenômeno. Com o objetivo de colher opiniões, perspectivas, estabelecer desafios e estratégias coletivas para a construção de políticas públicas voltadas a PSR, o Movimento Nacional da PSR e o Encontro Nacional sobre PSR, foram passos relevantes para outras grandes conquistas tais como a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (2008) (SOUSA; MACEDO, 2018).

A Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, construída coletivamente, teve o objetivo de quantificar e investigar as características socioeconômicas das pessoas em situação de rua, tendo em vista a formulação de políticas públicas para essa população (BRASIL, 2008). Tal pesquisa é um documento extremamente significativo e importante na construção dos direitos sociais e no reconhecimento da PSR enquanto cidadãos, considerando que a caracterização desta população enquanto cidadão de direitos encontra diversas barreiras para se alcançar o resultado.

Além da ausência de moradia fixa, a alta mobilidade dessas pessoas pelas ruas, atravança a contagem e caracterização do público alvo, entretanto, é em virtude deste importante estudo que a PSR é reconhecida, vista e caracterizada como cidadão de direitos que se encontra em estado de alta vulnerabilidade social, e que, sobretudo, com muita luta, obtiveram resultados importantes na garantia desses direitos.

A pesquisa buscou identificar informações a respeito das principais razões para se viver na rua. Classe e raça, as formas de renda, o tempo de permanência na rua, a

³⁰O massacre da Sé, ocorrido em 19 de agosto de 2004, na Praça da Sé, Centro de São Paulo, foi um episódio extremamente violento onde sete pessoas foram mortas e outras nove ficaram gravemente feridas após ataque brutal executado a golpes predominantes na cabeça enquanto dormiam (FURTADO, 2021).

escolaridade, os vínculos familiares, o acesso a programas sociais, a posse de documentação e, as condições de saúde e higiene, foram informações empregues a pesquisa.

O público alvo procedeu-se com pessoas maiores de 18 anos, vivendo em situação de rua/abrigo. A pesquisa abrangeu 71 cidades, 23 capitais e 48 municípios com mais de 300 mil habitantes e identificou 31.922 pessoas adultas vivendo em situação de rua nos municípios pesquisados (BRASIL, 2008). Entretanto, esse contingente não deve ser tomado como total da população vivendo em situação de rua no país uma vez que a pesquisa se deu em certo contingente de cidades, capitais e municípios, não em sua totalidade, ou seja, o total de pessoas vivendo em situação de rua no Brasil é bem mais elevado. Pensando em abarcar o maior número de pessoas, a pesquisa foi realizada tanto na rua (praças, viadutos, calçadas, dentre outros), como em instituições de abrigo. Do total de entrevistas, 27,5% foram realizadas em instituições e 72,5% ocorreram em locais caracterizados como rua (BRASIL, 2008).

De acordo com o estudo, a PSR é predominantemente masculina, representando um total de 82%, e 18% feminina. Mais da metade das pessoas entrevistadas (53%) possuem entre 25 e 44 anos. Quanto à questão racial, 39,1% das pessoas em situação de rua se declaram pardas, essa proporção é semelhante à observada no conjunto da população brasileira, 38,4%; dos que se declaram brancos somam 29,5% dos entrevistados, na população em geral esse número sobe para 53,7%. Os que se declaram pretos têm-se 27,9% da PSR, sendo apenas 6,2% na população em geral. Deste modo, é perceptível que proporção de negros (pardos somados a pretos) é substancialmente maior na PSR (BRASIL, 2008). Esse fato demonstra o quanto às marcas da colonialidade segue presentes, a questão racial estrutura as relações de poder, e o racismo é estrutural. No tocante aos níveis de renda, a pesquisa aponta que pelo menos 52,6% recebem entre R\$20 e R\$80 semanais (BRASIL, 2008), dado que atesta a luta pela sobrevivência no sistema capitalista.

No tocante a essas relações de sobrevivência, o estudo demonstra que a PSR é composta majoritariamente por trabalhadores (BRASIL, 2008). Dos entrevistados 70,9% exercem alguma atividade remunerada (BRASIL, 2008). Ainda que a maioria desta população esteja inserida no setor informal por questões relacionadas ao preconceito do estereótipo de uma aparência não idealizada e discriminação do corpo que sofre as mais dolorosas consequências da vivência na rua, esse dado é expressivo e importante para a desconstrução dos estigmas preconceituosos que essa população carrega, tal como: “mendigo, pedinte, vagabundo e até mesmo bandido”. Outro dado afável é quando o estudo revela que 58,6% dos entrevistados têm profissão (BRASIL, 2008).

A despeito dos níveis de escolaridade, o estudo mostra que 74% dos entrevistados sabem ler e escrever, 17,1% não sabe escrever e 8,3% assinam o próprio nome (BRASIL, 2008). Dos entrevistados, a maioria no momento da pesquisa, 95% afirmou não estudar, contudo, uma pequena parcela (3,8%) afirmou estar cursando alguma coisa sendo, 2,1% ensino formal e 1,7% profissionalizante (BRASIL, 2008).

Ao longo deste trabalho, venho reforçando que múltiplos são os fatores que conduzem as pessoas à situação de rua, decerto então, não podemos considerar, em hipótese alguma, apenas um único fator. E assim, a pesquisa nacional sobre a população em situação de rua, com sua rica contribuição, nos traz apontamentos sobre as principais razões que conduz uma pessoa a tal situação. De acordo com BRASIL, 2008, um dos principais motivos pelo qual as pessoas começam a viver e morar na rua refere-se a problemas com álcool e/ou drogas sendo 35,5%. Seguida pela quebra/fragilização de vínculos (pai, mãe, irmão, pessoa especial) 29,1% dos entrevistados. O desemprego também influencia diretamente no aumento da PSR, dos entrevistados 28,8% alegaram esse motivo. 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos como principal causa, podendo estar correlacionados entre si, ou, um ser consequência do outro (BRASIL, 2008)

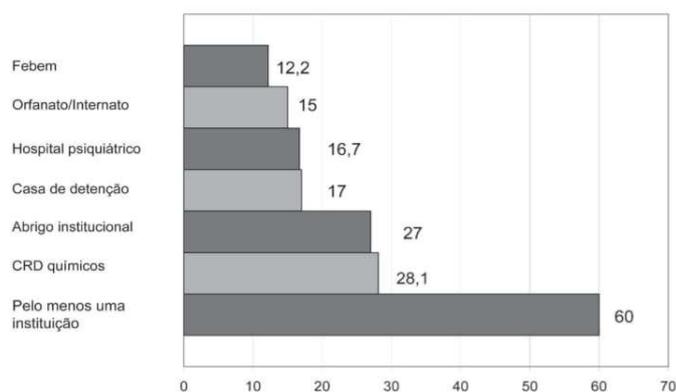
A transitoriedade desta população complexifica o levantamento de dados, mas não impossibilita. A pesquisa traz dados os quais expressam essa transitoriedade, dos entrevistados na pesquisa, 45,8% sempre viveram no município em que moram atualmente, 56% vieram de municípios do mesmo estado de moradia atual e 72% vieram de áreas urbanas. A maioria dos participantes da pesquisa (59,9%) viveu a vida em um número pequeno de cidades, sendo até três cidades (BRASIL, 2008). O percentual de pessoas que se deslocam com frequência é de 11,9%, essas pessoas ganham a denominação de “trecheiro” e/ou “andarilho”. 45,3% dos entrevistados afirmaram se deslocar em função da procura por emprego (BRASIL, 2008)

Nesse processo de transitoriedade, as condições fisiológicas tais como o sono (mas não somente ele), são bastante atingidas. De acordo com a pesquisa, 48,4% dos entrevistados estão a mais de dois anos dormindo na rua ou em albergues. Dos que dormem em albergues, estima-se que o tempo de permanência seja elevado, 33,3% está há mais tempo e 30,4% encontra-se no tempo regular de permanência (1 até 6 meses) (BRASIL, 2008). Ainda que a rua seja um lugar perigoso, o estudo aponta que ela é uma opção priorizada pela PSR para passar a noite (BRASIL, 2008). 69,6% afirmam preferir dormir na rua a dormir em albergues. Os que preferem dormir em albergues somam-se a 22,1%. 8,3% optam por alternar entre dormir na rua e em albergues. O principal determinante para a preferência em dormir na rua,

ainda que perigosa, do que dormir em um albergue, se dá pelo fator: Liberdade (BRASIL, 2008).

As instituições de abrigo/albergues atuam com uma política domesticadora, cheia de regras. O objetivo é controlar o comportamento dos indivíduos para que não incomodem durante seu pernoite, cerceando a liberdade por meio de regras rígidas e rigorosas (VALLE. ET AL, 2020), ação que torna o debate acerca do pernoite complexo e atravanca a aderência da PSR às instituições de acolhimento. Entretanto, dados da mostra do estudo apontam que grande parte da PSR entrevistada em algum momento da vida passou por alguma instituição (BRASIL, 2008).

Gráfico 1: População em situação de rua segundo histórico de internação em instituições, 2007-8 (%)



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (Dados da Amostra), Meta/MDS, 2008.
Nota: Os percentuais não totalizam 100% pois a informação é coletada em quesito de marcação múltipla.

As instituições de abrigo/acolhimento também se tornam opção quando a questão é atendimento às necessidades básicas como: cuidar da higiene pessoal. A dificuldade de acesso a locais públicos para a realização da higiene pessoal tais como tomar banho, ter roupas limpas, fazer assepsias em geral é quase nula. Em geral, esse cuidado frequentemente está associado aos albergues e as Organizações Não Governamentais (ONG) que oferecem esse auto-cuidado (VALLE. ET ALL, 2020), e após a instituição dos Consultórios na Rua, o cuidado com a higiene pessoal também foi desenvolvido. De acordo com a pesquisa, 32,6% dos participantes utilizam a rua para tomar banho, 31,4% utilizam os albergues, 14,2% os banheiros públicos e 2,7% a casa de parentes-amigos (BRASIL, 2008).

A escassez de locais públicos, a falta de atenção e cuidado com a higiene pessoal pode acarretar diversos prejuízos para a saúde (VALLE. ET AL, 2020). O estudo mostra que 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde e, entre os problemas mais

citados estão: Hipertensão, problemas psiquiátricos/mental, HIV- AIDS, e problemas de visão/cegueira. Quando doentes, a pesquisa revela que 43,8% procuram em primeiro lugar o serviço de emergência hospitalar e, 27,4% procuram postos de saúde. Quanto à utilização de medicamentos, 18,7% afirmam fazer uso de algum medicamento e tem os postos/centros de saúde como principal via de acesso (BRASIL, 2008).

A PSR reiteradamente sofre com as múltiplas violências e discriminações que se expressam em vários momentos, como por exemplo, quando são impedidas de adentrar certos locais, ou quando simplesmente não tentam entrar no local para evitar o constrangimento decorrente da provável negativa. Outro fator adverso que a PSR vive é a falta de documentação para a identificação. A pesquisa revela que 24,8% da PSR entrevistada não possuem quaisquer documentos de identificação, o que complexifica o exercício da cidadania e, sobretudo, torna-se um resistente obstáculo para a obtenção de emprego formal e acesso aos serviços e programas sociais. A falta do documento de identificação interfere duramente no acesso às políticas públicas e programas sociais. De acordo com Brasil, 2008, a grande maioria da PSR (88,5%) não é atingida pela cobertura dos programas sociais do governo, ainda que seja um grupo que se encontra em estado de extrema vulnerabilidade social.

Nos últimos anos (2020-2022), o Brasil sofreu uma crise sanitária e hospitalar devastadora e intensificada pela negligência do ex Presidente da República Jair Messias Bolsonaro. Esse fato impactou a sociedade em geral, entretanto, diretamente as pessoas que vivem em situação de rua, uma vez que, corriqueiramente são invisibilizadas e negligenciadas. No contexto pandêmico, o aumento da PSR foi expressivo, de acordo com dados do Observatório Brasileiro de Políticas Públicas (2021-22), a PSR aumentou 16% entre os meses de dezembro de 2021 e Maio de 2022, chegando a 184.638 pessoas vivendo em situação de rua até maio de 2022 e cadastradas no CadÚnico do governo Federal (FIGUEIREDO, 2022).

A falta de moradia fixa e o grau elevado de exclusão econômica e social acarretaram mais ameaças à saúde e à vida em geral desta população, tendo em vista que o governo vigente tratou com desrespeito, negligência e negacionismo as questões sanitárias durante a Pandemia da COVID-19, relativizando a vida e priorizando a lógica mercadológica do Estado (FONSECA; SILVA, 2020) uma vez que, publicamente e por diversas vezes o ex Presidente da República deu declarações as quais desqualifica a vacina e, por onze vezes recusou ofertas de vacina oferecidas por diferentes laboratórios, entretanto, indicava tratamento precoce e ineficaz no tratamento da COVID-19 tais como o uso de

Ivermectina³¹Hidroxicloroquina³²(GUEDES, 2021. Apud. BORTONE, 2021). Essa atitude fascista³³que vai contra todo consenso científico, revela o interesse mercadológico do governo uma vez que o ex presidente estimula o consumo de remédios ineficazes para o tratamento da COVID, beneficiando economicamente indústrias farmacêuticas que fabricam as referidas drogas, sobretudo, as que os proprietários são seus parceiros e apoiadores políticos (BORTONE, 2021:249).

O poder exige terrenos de jogo para atuar. Sem eles, haveria apenas violência e coerção. A negação de fatos e a condução de narrativas políticas não é uma prática nova de demonstração de poder ou sequer original, começou na 2ª Guerra Mundial com Joseph Goebbels, Ministro de Comunicação Nazista, e se chama Propaganda. A técnica consiste em contar mentiras, por mais absurdas que sejam até que o senso de realidade não mais exista; alto volume de mentiras, por todos os canais e plataformas, contínuas e repetitivas, sem o menor compromisso com a realidade objetiva ou consistência (CARVALHO, 2020. Apud. SILVA, 2020:1485).

A política de Jair Bolsonaro, baseada em *fake news*, fez avançar o projeto facista-neoliberal no Brasil, o qual prioriza a lógica de mercado, objetiva/facilita privatizações, desqualifica a ciência, nega direitos sociais, incita a violência e tortura, é autoritário/conservador/moral/soberano/machista e, compactua com processos antidemocráticos. Esse movimento atinge demasiadamente a população que se encontra em algum estado de vulnerabilidade social, a exemplo, a PSR, isto porque a lógica capitalista/mercadológica e tal autoritarismo-conservador contribuem significativamente para o acirramento das desigualdades sociais e o agravamento das expressões da questão social (PINTO; GONDIM, 2017:2), e ainda culpabiliza o indivíduo pela condição o qual está inserido.

O efeito dessas ações facistas-neoliberais atinge de forma negativa as condições de vida e trabalho dos indivíduos na sociedade na medida em que são feitos cortes nas políticas sociais.

A omissão como ação política da gestão Bolsonaro, que jogou as responsabilidades nas mãos dos governadores e prefeitos e da sociedade, configurou a face fascista desse grupo político. O fascismo bolsonarista não lançou milhões de pessoas nas câmaras de gás, apenas abandonou os cidadãos à própria sorte (SILVA, 2020:1487).

³¹ A ivermectina é utilizada no cuidado contra piolho, sarna e lombrigas e seus efeitos colaterais são tontura, vertigem, tremor, febre, coceira e dores de cabeça (ROCHA, 2021. Apud. BORTONE, 2021:247).

³² A hidroxicloroquina é usada no tratamento e profilaxia de malária, lúpus e artrite (BORTONE, 2021:247).

³³ Uma forma de comportamento político marcado por uma preocupação obsessiva com a decadência e a humilhação da comunidade vista como vítima (...). [As quais necessitam de] um partido de base popular formado por militantes nacionalistas engajados, operando em cooperação desconfortável, mas eficaz com as elites tradicionais, que repudia as liberdades democráticas e passa a perseguir objetivos de limpeza étnica e expansão externa por meio de uma violência redentora e sem estar submetido a restrições éticas ou legais de qualquer natureza (PAXTON, 2007, p, 178. Apud. GUIMARÃES; PEREIRA. 2020:33).

O aumento expressivo da PSR resulta dos efeitos desses cortes e evidencia a falta de atenção que essa população sofre (BRITO; SILVA, 2022). Essa falta de atenção contribui substancialmente para a invisibilização do sujeito, e, sobretudo, para a naturalização do fenômeno, dado que a PSR já carrega consigo essa invisibilidade que é sobreposta a ela, e muitas vezes acabam por se perceber na sociedade como os outros a percebem (desimportante, objetificada, sem dignidade), e apropria-se também da culpa pelo contexto da sua situação, responsabilizando-se integralmente, isso porque o estigma preconceituoso de “vagabundo, viciado, perigoso, sujo, coitado” influi diretamente na subjetividade das pessoas em situação de rua e também na construção de identidade dessas pessoas (CASTRO; ET AL. 2018).

Ainda que a PSR esteja presente em vários Estados, Municípios, Metrópoles e seja nitidamente percebida, a ela não é garantido o direito de cidadania. Não se questionam o papel, o valor, a qualidade de vida dessas pessoas, pelo contrário, atualmente a condição situação de rua é totalmente indiferente, a naturalização do fenômeno e desqualificação da dignidade humana é comum, e esse estigma/rótulo se materializa nas relações sociais abertamente, a vida da PSR torna-se algo banal.

Goffman (1975) argumenta:

(...) o indivíduo estigmatizado é visto, assim, como uma pessoa que possui “uma diferença indesejável”. Ele observa que o estigma é atribuído pela sociedade com base no que constitui “diferença” ou “desvio”, e que é aplicado por meio de regras e sanções que resultam no que ele descreve como um tipo de “identidade deteriorada” para a pessoa em questão (GROFFMAN, 1975. Apud. CASTRO; ET AL, 2018:228).

Esses estigmas, rótulos e preconceito, é o caminho para a discriminação e conseqüentemente, para a exclusão dessa população (CASTRO; ET AL, 2018). Esse processo discriminatório provoca efeitos degradante tais como: sofrimento psíquico, baixa auto-estima, rupturas familiares, exclusão social, destituição da condição de direito e cidadania, abandono de tratamento, desassistência, debilitação da saúde (BRITO; SILVA, 2022).

Ciente de sua condição enquanto ser preterível e indesejado, a PSR tentar driblar sua desvantagem e se manter viva sendo comunicativa, pegando amizade, e priorizando serviços de confiança, mostrando que a Política para inclusão da PSR e a instituição dos CnaR foram grandes avanços da vida, do respeito à diversidade e dos Direitos Humanos (BRITO; SILVA, 2022:159).

A luta pelo reconhecimento, sobrevivência, e direitos garantidos da PSR não é atual, historicamente essa população sofre com as mais diferentes expressões da questão social que estão para além da falta de moradia. Destarte, a articulação entre áreas de diferentes saberes é

imprescindível para a superação das condições injustas que a PSR vivencia uma vez que, a articulação em rede coopera significativamente no enfrentamento da (in) visibilidade que essa população sofre e desempenha possibilidades de melhoria das condições vividas.

Brito e Silva (2022) reitera:

Refletir sobre ações reproduzidas de forma mecanizada e efeitos desastrosos dos preconceitos, além de conhecer a realidade sob julgamento, auxilia a desconstruir barreiras, aproximar diálogos e contribuir para uma vida mais equilibrada e equitativa (BRITO; SILVA, 2022:159).

CAPÍTULO II - A POLÍTICA DE SAÚDE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A Saúde é um direito,

Perfeito!

Mas para quem ele surte efeito?

Universal, Integral, Equânime... bem legal.

A população em Situação de Rua acessa esse direito na moral, ou... Só na situação emergencial, depois de um AVC quase fatal?!

O SUS é Fundamental,

Mesmo com seus desafios, e tal.

Impetuosa disputa

É preciso ir à luta

Para sua garantia legal.

Laryça Nunes, 2022

2.1- A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: ANTECEDENTES DO PROCESSO DA REFORMA SANITÁRIA

A trajetória da política de saúde no Brasil está intrinsecamente relacionada às determinações sócio-históricas de cada período. Resultado de muitas lutas, sobretudo do movimento social denominado de Reforma Sanitária, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma importante e indispensável política social, o que torna necessária a análise, ainda que de forma breve, do processo sócio-histórico o qual envolve aspectos políticos, sociais e econômicos e, que determinam a saúde hoje. Dessa forma, apontarei brevemente alguns desses períodos históricos até a implementação do SUS.

Durante o período colonial, as questões relacionadas à saúde eram associadas a crenças e práticas religiosas, tendo o curandeirismo como modelo principal de saúde, desenvolvida pelos pajés e jesuítas (PINHEIRO; ET AL, 2018). Com a chegada da família real ao Brasil, muitas mudanças no setor da saúde ocorreram no país. O surgimento da primeira escola médica e cirúrgica de Salvador e posteriormente o nascimento da medicina social, foram determinadas mudanças que ocorreram. Também houve a participação política com ações de saneamento em locais de risco tais como hospitais, portos e cemitérios (PINHEIRO; ET AL, 2018).

No Brasil, as medidas sanitárias começam a se desenvolver, de certo, no XIX com a realização de campanhas focalizadas em espaços de circulação das mercadorias de exportação, tendo em vista que doenças e/ou epidemias poderiam prejudicar a economia; assim, essas campanhas focalizadas aconteciam na tentativa da erradicação ou controle dessas doenças (PINHEIRO; ET AL, 2018).

A intensa expansão industrial que ocorria nos fins do século XIX, início do século XX e que influenciou consideravelmente o êxodo rural, levou a grandes movimentações nos centros urbanos. Com o processo de imigração cada vez mais acentuado pelo fato das cidades aderirem aos processos moderno-industriais, as questões sanitárias foram se tornando mais complexas e precárias, tendo em vista o grande número de pessoas que chegavam às cidades as quais não tinham estruturas (física – sanitária) para receber o exorbitante número de pessoas que se assomava (PINHEIRO; ET AL, 2018).

É no processo de industrialização que se eleva a necessidade de uma intervenção estatal. No Brasil essa intervenção ocorre no século XX, e é efetuada mais precisamente na década de 30 (BRAVO, 2008).

De acordo com Braga e Paula (1985) apud Bravo (2008), “é nesse cenário de intensa expansão econômica capitalista exportadora cafeeira que a saúde emerge como questão social” (BRAGA; PAULA, 1985:42-42. Apud. BRAVO, 2008:2-3). O avanço da divisão do trabalho, melhor dizendo, a emergência do trabalho assalariado, levou à saúde na década de 20 a adquirir um novo relevo no discurso do poder (BRAVO, 2008:3).

Bravo (2008) suscita que os assuntos de higiene e saúde do trabalhador foram colocados em questão neste período e medidas constituídas no embrião do esquema previdenciário brasileiro foram tomadas, em destaque, a criação da lei Eloy Chaves³⁴, em 1923. Considerada uma medida/lei importantíssima, Eloy Chaves era financiada pela União, pelas empresas empregadoras e empregados. Ainda de acordo com Bravo (2008),

Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2008:3).

A lei Eloy Chaves foi um grande avanço no que tange aos direitos à saúde, entretanto, tão somente os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador foram beneficiários de tal política neste período - 1923; 1926 -, os demais só o conseguiram após 1930 (BRAVO, 2008).

A conjuntura dos anos 30 é evidenciada por profundas transformações sociais, sobretudo, transformações no setor saúde. O intenso processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores (BRAVO, 2008:3), foram questões que se intensificaram e fortaleceram as transformações sociais. Foi neste período que houve a possibilidade de constituir políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática (BRAVO, 2008).

A nova dinâmica de acumulação que se expandia com acentuado processo de urbanização e ampliação da massa trabalhadora, provocou transtornos no setor saúde, uma vez que as condições de saúde, higiene e habitação eram precárias e a intervenção estatal mínima. A política de saúde nesse tempo tinha caráter nacional e era organizada em dois

³⁴A Lei Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os empregados das empresas ferroviárias. Após a promulgação desta lei, outras empresas foram beneficiadas e seus empregados também passaram a ser segurados da Previdência Social (BRASIL, 2009).

subsetores: o da saúde pública e o da saúde previdenciária³⁵. Dentre as principais ações de saúde pública adotadas nesse período, as campanhas sanitárias e criação de serviços de combate às endemias, foram algumas:

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte, de 1948 que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a Saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 53, mas não foi implementado (BRAVO, 2008:5).

Com tantos avanços e entraves, no período de 1945 a 1964 a saúde teve importantes avanços, entretanto, não o suficiente para combater as doenças infecciosas e parasitárias que se alastraram. Doravante nos anos 50, a iniciativa privada idealizava a formação de empresas médicas com fins lucrativos. Segundo Bravo, 2008, a corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada (BRAVO, 2008:5). Contudo, até 1964, a assistência médica previdenciária era fornecida substancialmente pelos serviços próprios dos Institutos.

A política de saúde no período de 1964 desenvolveu-se dentro do contexto da ditadura militar. De acordo com Bravo, 2008:

A ditadura, significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas sim aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática (BRAVO, 2008:6).

Durante a primeira década da ditadura militar, a saúde era mantida pelos recursos da previdência, centralizando os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), essa unificação é efeito marcante do crescente papel interventivo do Estado na sociedade e a atenuação dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores (BRAVO, 2008:6). Já na segunda década da ditadura, tendo em vista a durabilidade deste período, que vai de 1964 a 1985, o ano de 1977, é marcado pelo surgimento do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) e, ainda, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

³⁵A medicina previdenciária, que surgiu na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla (BRAVO, 2008:5).

Nesse cenário ditatorial, a saúde pública deu-se através de campanhas de baixa eficácia em decorrência de ações conservadoras, marcadas pelo autoritarismo e pelas privatizações, uma vez que, consoante a Bravo (2008) o setor saúde precisava assumir características capitalistas em consequência das modificações tecnológicas ocorridas no exterior, no entanto, a saúde pública decaía enquanto a medicina previdenciária crescia com uma espécie de modelo que favorecia produtor privado (BRAVO, 2008:7).

A estrutura de poder instalada a partir de 1964, não foi capaz de consolidar sua hegemonia, e sucessivas vezes alterou sua relação com a sociedade civil que, gradativamente se fortalecia e se organizava enquanto pressão popular para reivindicação de direitos sociais (BRAVO, 2008). No período de 1974 a 1979, a política social teve por objetivo alcançar maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, com o intuito de canalizar as reivindicações da população (BRAVO, 2008:7).

Conforme M^o Inês Bravo (2008):

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde (BRAVO, 2008:8).

O delineamento sócio-histórico perpassa por diversos momentos os quais foram supracitados de forma sintética para a compreensão da saúde nos períodos. Na segunda metade dos anos de 1970, frente a um contexto de crise econômica e política do governo ditatorial, os pilares do modelo de saúde assistencial privatista aliado à previdência, entra em colapso diante dos elevados custos e a falta de orçamento para sua manutenção (BRAVO, 2008). Tal conjuntura ocorre em momento de efervescência das mobilizações sociais em torno da luta pela redemocratização do País e a formação de novas bases político-econômicas em contraposição à ditadura militar, com desdobramentos para as lutas em torno dos direitos sociais.

No período brevemente contextualizado, não havia ações de saúde específicas para a PSR uma vez que, o direito à saúde era destinado apenas aos segurados trabalhadores formais que contribuía diretamente com a previdência social. As campanhas sanitárias promovidas para toda sociedade atingiam a PSR, entretanto, com diversas particularidades, visto que a lógica higienista em tais ações fortalecia a criminalização, o preconceito e a violência, naturalizando a situação de vida e saúde dessa população.

2.2 O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE

No campo da saúde, trabalhadores unidos em sindicatos e partidos políticos, acadêmicos e pesquisadores da área, iniciam frentes de debates e contestação a política de saúde vigente, que além de excludente, elevada degradação da qualidade de vida da população uma vez que, as questões sanitárias eram renegadas a poucas ações pontuais e a assistência médica era garantida apenas para os trabalhadores segurados da previdência social. Todo esse cenário desencadeou na organização de um movimento de luta pela Reforma Sanitária Brasileira³⁶ e marcou a década de 1980 com novos sujeitos sociais lutando pelo direito à saúde como direito humano.

O Movimento de Reforma Sanitária, no período da abertura política, deu importante contribuição para reanimar os princípios democráticos na vida social e apontou reorientações para a construção de um novo modelo de atenção sócio-política da saúde. Os reformistas buscavam a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo Inamps e a integralidade das ações. No Brasil, crescia o debate sobre o direito à saúde, em um sentido mais amplo, significava a garantia de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação em todos os níveis, assegurado pelo Estado (SANT'HELENA; ET AL, 2013:3).

A reivindicação de um sistema de saúde público provido pelo Estado, compreendendo os determinantes da saúde como causa de um processo social, tornou-se objetivo, contudo, o processo para a criação de um sistema público, universal, equânime, integral e descentralizado, foi um longo e complexo processo de resistência e luta.

Críticas aos limites do movimento ideológico da medicina preventiva, a busca de alternativas para a crise de saúde no período do autoritarismo e o fortalecimento do movimento da reforma sanitária intensificaram a possibilidade das propostas³⁷ de uma Reforma Sanitária cumprir-se. A prática teórica produtora do conhecimento e a prática política que tenciona a transformação das relações sociais são questões sugeridas pela reforma para o enfrentamento da crise na saúde (AROUCA, 1975, Apud, PAIM, 2009:31).

³⁶Essa expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população (PAIM 2009:31).

³⁷ Mais detalhes da proposta em: [PROPOSTA-DOCUMENTO-REDUZIDO-DAS-PROPOSTAS-DO-MRSB_V3_02_04.pdf \(abrasco.org.br\)](#).

É com a proposta da reforma sanitária, que em 1979, surge à proposição da criação do Sistema Único de Saúde. Questão retomada e ampliada na importantíssima 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986 (8ª CNS/86), (PAIM, 2009:31). Tal conferência baseou-se em torno de um sistema de saúde universal, um direito de cidadania, e reformulou o sistema nacional de saúde e do financiamento do setor, possibilitando intenso debate até a aprovação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) que estava em curso, (PAIM 2009).

A conferência de 1986 teve como principais desdobramentos a constituição da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde.

A 8ª Conferência, numa articulação bem diversa das anteriores, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil delegados. Representou inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (...) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas de profissionais e parlamento (BRAVO, 2008:10).

Doravante a 8ª CNS, a proposta da reforma sanitária caracterizou-se como um “projeto” de políticas articuladas que contemplaria a saúde em várias dimensões tais como: Saúde enquanto área do saber; setor produtivo; estado de vida. Articulando uma “totalidade de mudanças” que acarretaria uma ampla reforma, tanto sanitária, quanto uma reforma social (PAIM, 2009). Assim, o SUS vem como resposta para o enfrentamento de questões relativas à saúde no Brasil, estabelecendo lutas sociais com a produção de conhecimento.

O processo constituinte representou no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais frente às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social, tendo em vista que a CF/88 introduziu avanços que buscaram retificar as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente (BRAVO, 2008). Quanto às questões de saúde, de acordo com Bravo (2008), a assembleia constituinte transformou-se em uma arena política onde os interesses econômicos predominavam e se organizavam em dois blocos: os grupos empresariais, liderados pela Federação Brasileira de Hospitais (setor privados), e associação de indústrias farmacêuticas (Multinacionais) x forças defensoras da reforma sanitária, representadas pela Plenária Nacional de Entidades de Saúde na constituinte.

A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde

para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades (BRAVO, 2008:10).

O texto constituinte/88, em relação à saúde, após intensa luta, pressão popular e acordos políticos, incorpora parte das reivindicações/propostas do movimento de reforma sanitária e constitui a saúde como um direito assegurado pela CF/88. Marco fundamental é nesta constituição que a saúde é reconhecida como direito de todos e dever do Estado sua plena garantia. A análise da política de saúde na década de 1980 tem como aspectos centrais, segundo Teixeira, 1989 apud, Bravo, 2008: a politização da questão saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais (TEIXEIRA, 1989. apud. BRAVO 2008:11).

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visavam o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor (BRAVO, 2008:11).

No entanto, essas medidas não tiveram impacto positivo na melhoria das condições de saúde da população, uma vez que o texto não foi colocado em prática em sua totalidade, diante das inúmeras dificuldades no processo de sua implementação.

No final da década de 1980, já havia algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988 (BRAVO, 2008:11).

De veras a CF/88 promoveu bases legais para o SUS, garantindo um sistema de saúde público e universal, contudo, historicamente esse projeto é alvo de tensionamento político-administrativo-social. A burocratização para efetuar as propostas da reforma sanitária, afasta a participação popular da cena político-social (FLEURY, 1989. apud. BRAVO, 2008). Não obstante, a luta e resistência são marcas evidentes dos movimentos sociais os quais reivindicam os direitos sociais, sobretudo, o da saúde.

A força dessa luta e resistência pode ser observada historicamente, entretanto a promulgação da lei n° 8.080/90³⁸ e lei n° 8.142/90 expressam precisamente a potência dos

³⁸ Lei orgânica da Saúde (Brasil,1990).

movimentos sociais e de todos que lutam pela saúde pública universal. A lei nº 8.080/90, implementa efetivamente o Sistema Único de Saúde e ainda reformula os papéis governamentais na prestação de serviços e gestão do sistema de saúde, mostrando uma expressiva vitória da luta pela saúde público-universal, *dispondo sobre condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*. Ainda traz em seu art.2º, *a saúde como direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício* (BRASIL, 1990). A lei nº 8.142/90 também expressa à luta dos movimentos sociais quando *dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde* (BRASIL, 1990).

Contudo, ainda que o SUS tenha resultado na ampliação do caráter público na saúde, não houve ruptura com o setor privado (SILVA; RUIZ. 2020). Nos anos 90, houve um redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal³⁹ (BRAVO, 2008). Nesse contexto, as políticas sociais universais são atacadas, e acusadas pelos neoliberais de propiciar o esvaziamento dos cofres públicos, “mal aplicados” em atividades burocratizadas e sem retorno. Essa situação fomenta concepções negativas em torno da seguridade social (previdência, assistência e saúde) e coopera para um modelo gerencial o qual de acordo com Bravo (2008), tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade (BRAVO, 2008:13), dessa forma:

O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. O Plano Diretor propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo às leis do mercado (PEREIRA, 1995. Apud. BRAVO, 2008).

A consolidação da influência neoliberal no Brasil é a principal responsável pelo atenuamento dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública e sucateamento da saúde e educação. A proposta da Reforma Sanitária e toda política de saúde construída ao longo da década de 80 tem sido desconstruída/desmontada e a lógica mercadológica fortalecida. Nesse contexto, a refilantropização é uma das manifestações com utilização de agentes comunitários e

³⁹(...) propugna a redução do intervencionismo estatal e do raio de ação da política, ao criar interferências contrárias à liberdade individual e ser uma fonte de corrupção. (...) Em síntese, a utopia neoliberal exalta as virtudes abstratas dos mercados, dos prêmios aos mais aptos, da competitividade, da eficiência, das ganâncias, dos direitos de propriedade, e da liberdade de contratação (IBARRA. 2011:239).

cuidadores para a realização de atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos (BRAVO, 2008).

A população em situação de rua é diretamente atingida pelas consequências dessa redução de custo e fortalecimento do mercado uma vez que, com o sucateamento da saúde, o atendimento em saúde para essa população e o acesso aos serviços é negligenciado. A necessidade de defender o projeto da reforma sanitária e o direito à saúde da população em situação de rua é concreta e urgente.

2.3 TENSÕES E DISPUTAS NA CONSTRUÇÃO DO SUS: QUE SUS CONSTRUÍMOS (?)

O percurso para implementação do SUS é marcado por intensa disputa de diferentes projetos, ressalta-se os projetos da reforma sanitária e o projeto de saúde articulado ao mercado privatista uma vez que, ambos os projetos marcaram profundamente a história da saúde no país, e até os dias atuais se fazem presentes. Reiteradamente a saúde é atacada, e múltipla são as questões que comprometem as possibilidades de avanço do SUS como política social, Bravo (2008) destaca:

(...) o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 2008:14).

Em sentido inverso ao disposto na CF/88, o Estado não tem cumprido com seu papel no campo das políticas sociais e estimula o projeto neoliberal que se fortalecia e se concretizava doravante nos anos 1990 e 2000. A concessão que concebe Organizações Sociais em Saúde (OSS⁴⁰) para a integração do sistema público e privado em um processo de terceirização, é marca expressiva desse projeto neoliberal. Logo, os governos que sucederam a constituinte de 1988, não conseguiram avançar com as propostas da Reforma Sanitária.

Em 2003, quando o então candidato à presidência Luiz Inácio Lula da Silva vence as eleições, a expectativa de avanços nas políticas sociais, sobretudo, na política de saúde, intensificou-se. Entretanto, mudanças foram realizadas, mas não suficientes, *a análise que se faz do governo Lula é de que a política macroeconômica do antigo governo foi mantida, e as*

⁴⁰ As Organizações Sociais (OS) (...) surgem na cena pública através do Plano da Reforma do Estado no governo de FHC mais especificamente através do programa de publicização, que visa transferir para o setor público não-estatal os serviços não exclusivos dos estados, onde se situa as políticas sociais, particularmente a gestão dos serviços públicos de saúde pelo setor privado, dessa forma é dado o primeiro passo para as diversas formas de privatização que vemos nos SUS até os dias atuais (SANT'HELENA; ET AL, 2013:5).

políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica (BRAVO, 2008:15), contudo, no plano de governo do então presidente eleito (Lula), havia propostas inovadoras para o campo das políticas sociais, inclusive para o setor saúde tais como a criação do SAMU, política de saúde bucal, farmácia popular, a chamada para a 12^o Conferência Nacional em Saúde (CNS), entre outras que seriam implementadas ao longo de seu mandato, e que de sobremaneira, incrementaram a flexibilização das ações governamentais que estava em curso (MENICUCCI, 2011), ou seja, ao passo que políticas sociais iam sendo implementadas, o mercado financeiro auferia.

Desse modo, podemos observar que no governo Lula ao mesmo tempo em que houve avanços no setor das políticas sociais, o sub-financiamento da saúde persiste, há a continuação de uma política de saúde que se efetiva de forma focalizada, precarizada e a fragmentação da concepção e do sistema de seguridade social avançam (SOARES, 2010), seguindo o processo de contrarreforma⁴¹ iniciado nos anos 90. Bravo (2008) sinaliza:

A direção assumida por Lula, precisamente em seu primeiro mandato, traduziu-se na polarização dos dois projetos que se confrontam na política de saúde, na qual procurava fortalecer em algumas proposições o primeiro projeto, o democrático, mas também, e principalmente, mantinha ações focalizadas e subfinanciadas que evidenciavam o seu direcionamento político-econômico ao segundo projeto, o privatista. Como exemplo, destaca-se a criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), outra forma de gestão da saúde pública (BRAVO, 2008. Apud. TORRES; ET AL, 2018).

Sucedendo ao governo Lula, a gestão de Dilma Rousseff (2011-2016) similarmente estabeleceu as bases de apoio junto à iniciativa privada em detrimento da pública. No setor saúde, evidencia-se a parceria público-privada do governo com a implementação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que passou a conduzir os hospitais universitários, integrando-se ao sistema de saúde-ensino do SUS (TORRES; ET AL, 2018). Não obstante, a implementação da EBSERH também é uma característica do processo de contrarreforma que impossibilita os avanços sociais conquistados e ainda prepara o país para um contexto global capitalista e competitivo (PINHEIRO; ET AL, 2018), uma vez que a empresa assume o gerenciamento das verbas financeiras e a totalidade da instituição, desvinculando o hospital universitário da autarquia da universidade, delegando a uma empresa alheia às instituições acadêmicas públicas.

⁴¹O termo “contrarreforma”, adotado por Behring, deve-se à crítica que a autora faz à “reforma” do Estado implementada no governo FHC nos anos 1990. Segundo ela, o que houve não foi uma “reforma”, como dizem os que a defendem, mas sim “Uma contrarreforma que se compôs de um conjunto de mudanças estruturais regressivas sobre os trabalhadores e a massa da população brasileira, que foram também antinacionais e antidemocráticas.” (BEHRING, 2008:281).

O cenário político brasileiro, historicamente vive intensa disputa de poder e mercado. O golpe desferido em 2016, e que afastou a então presidenta eleita Dilma Rousseff (2010), manifesta essa árdua disputa.

Após o golpe, em agosto de 2016, Michel Temer toma a presidência da república. Neste período houve intensificação intransigente das ações neoliberais e o fortalecimento do setor privado. Caracterizado como governo reformista, a gestão de Michel Temer impulsionou demasiadamente as medidas econômicas e de controle de gastos públicos como estratégias para salvar o país da crise. Entretanto, as medidas utilizadas como estratégias para sair da crise pelo governo Temer, oneraria o país e ainda, acentuaria as desigualdades sociais e o desmonte da saúde (TORRES; ET AL, 2018).

Uma das estratégias adotadas pelo governo Temer para evitar a crise econômica, evidencia-se através da emenda constitucional (EC) nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Contudo, essa estratégia é, senão, a continuidade das ações neoliberais, tendo em vista que, a EC 95 institui um novo regime fiscal no âmbito dos orçamentos fiscais e da seguridade social da união, o qual congela os orçamentos da união para os setores da educação e da saúde, por um período de 20 anos (TORRES; ET AL, 2018).

A concepção do SUS ao longo dos anos perpassa por diversos momentos de tensões e disputas profundas. Nos últimos anos, os modelos de gestão pública contribuíram de forma intensa na manutenção da função de Estado mínimo para a esfera social e de máximas ações em favor do capital (NETTO, 1993. apud. TORRES; ET AL, 2018). No governo Temer tem-se, portanto, o aceleração do processo de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização explicitado na proposição dos chamados planos de saúde acessíveis (BRAVO; PALAEZ, 2020), cooperando significativamente no desmonte das políticas públicas universais.

Dando sequência à avassaladora política neoliberal, em 2018 o candidato à presidência da República, Jair M. Bolsonaro (PSL, 2018) ocupa o cargo de Presidente da República. Neste momento, há uma intensificação severa do neoliberalismo extremo uma vez que, a política bolsonarista⁴² que se instala no país em 2018, é uma política totalmente

⁴²O bolsonarismo é entendido aqui como um conjunto de subjetividades constituintes do pensamento político por trás da ascensão de Jair Messias Bolsonaro no cenário político nacional. É um termo, portanto, recente, utilizado de maneira livre por analistas políticos e jornalistas. Pode ser compreendido, grosso modo, como o conjunto de pautas defendidas pelo núcleo duro de apoio ao presidente, tais como a liberação do porte de armas, o fortalecimento da família e da religião e o revisionismo histórico sobre o golpe militar que instituiu a ditadura brasileira em 1964. Vale ressaltar, ainda, que este fenômeno é a variação brasileira de uma ideologia de extrema-direita contemporânea com expressão eleitoral também em outros países, como os Estados Unidos de Donald Trump e a Hungria de Viktor Orbán (FILHO, 2019:1)

antidemocrática, genocida, capitalista selvagem, negacionista e totalmente contra os direitos humanos e as políticas públicas estatais destinadas às populações em estado de vulnerabilidade social.

A política negacionista é constatada uma vez que, no auge de uma crise sanitária decorrente da COVID-19, o ex presidente da república, Jair Bolsonaro, pronuncia-se com um discurso calamitoso em relação à gravidade da doença, posiciona-se contra a ciência e vacina, fortalece exacerbadamente o mercado e ainda incita a violência ao dizer que iria “metralhar” o governo opositor, fazendo gestos sinalizando uma arma, entre outras incitações bárbaras declaradas. Domenico Hur (2021) expõe as atitudes do governo Bolsonaro como uma necropolítica neoliberal, que opera na política econômica de forma necroliberal. De acordo com o autor, o bolsonarismo não fomenta apenas o neoliberalismo, mas sim o necroliberalismo⁴³ (HUR, 2021:201).

A conduta violenta do presidente diante a pandemia COVID- 19 mostram o tamanho da negligência e insensibilidade para com o setor saúde, pois ao cortar mais de dois bilhões do orçamento da saúde (ELIAS, 2021), ele colaborou desenfreadamente com o desmonte da política de saúde, e conseqüentemente do SUS. Paim, 2018, reitera que, em 30 anos de SUS implantado, ele de modo algum foi consolidado efetivamente. Entretanto, não se pode deixar de reconhecer os avanços que o SUS obteve ao longo desses anos, como exemplo o aumento das ações promotoras, protetoras e recuperadoras da saúde, a combinação de práticas e valores humanos que gerou resultado positivo no setor saúde, a valorização de um atendimento Universal, Integral e Equânime, entre outros.

Embora a saúde seja um direito de todos e dever do Estado sua garantia, e o SUS a principal política de saúde pública, o *Estado brasileiro através de poderes executivos, legislativos e judiciários, não tem assegurado as condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS* (PAIM, 2018:1725). Contudo, corriqueiramente fortalece o mercado privado com as políticas de medicamentos, os planos de saúde, os equipamentos médico-hospitalares e, sobretudo, com a parceria firmada entre o setor público-privado. O SUS construído, e que existe hoje, desde a sua implantação enfrenta obstáculos para sua manutenção e efetividade, entretanto, de acordo com Paim, 2018:

⁴³ É como se nesse necroliberalismo, num conluio com atores do Mercado, espera-se obter com a massa de mortes os seguintes resultados: o enxugamento dos gastos na previdência, diminuição na porcentagem do desemprego, extermínio dos povos e terras indígenas, para promover a ampliação do extrativismo mineral, vegetal e animal (garimpo e aumento do agronegócio) etc. Também poderia ser uma forma de controle populacional de acordo com a oferta de empregos, que a cada dia se automatiza mais e deixa de necessitar mão de obra humana (HUR, 2021:202).

Apesar dos ataques e golpes sofridos, incluindo os boicotes do Estado Brasileiro, não é plausível a extinção do SUS. Além da força relativa dos seus defensores e militantes, existe um conjunto de interesses vinculados ao capital, ao próprio Estado e às classes dominantes que apontam para a sua manutenção, seja como meio de legitimação ou cooptação, seja como locus de acumulação, circulação e expansão do capital. A articulação público-privada no âmbito da saúde engendradora no Brasil possibilitou um fortalecimento econômico e político das empresas privadas em detrimento do interesse público e independente da Constituição e das leis (PAIM, 2018:1727).

Logo, como a eliminação total do SUS não é plausível e nem interessante para o Estado, contudo, cotidianamente ele é sucateado/desmantelado. *O SUS real, que em parte se apresenta como SUS para pobres, faz parte do senso comum de gestores, políticos, mídia, profissionais de saúde e, até mesmo, da população* (PAIM, 2018:1727). Assim sendo, o SUS voltado para a população vulnerável que não tem acesso ao mercado e, limitado na atuação típica de saúde pública como o controle de epidemias, é um SUS insuficiente. Segundo o autor, o SUS assegura a realização de procedimentos de alto custo para o setor privado, distanciando o SUS constitucional, democrático proposto pela reforma sanitária (PAIM, 2018:1728).

A política de saúde tem como sujeito de direito a coletividade, inclusive, a população em situação de rua. A elaboração de políticas públicas específicas, como por exemplo, o Consultório na Rua⁴⁴, identifica o destinatário dos direitos dentro da comunidade e possibilita a eficácia no atendimento das necessidades em saúde bem como o cumprimento do mandamento constitucional de uma sociedade justa e igualitária.

Na contemporaneidade, os projetos neoliberais têm avançado. A necessidade de lutar em defesa dos direitos sociais, dentre eles, o SUS, é urgente. Muitos são os desafios para superar as desigualdades sociais existentes, todavia, de acordo com Bravo (2008), *na saúde, a grande bandeira é a luta pelo fortalecimento do projeto da reforma sanitária* (BRAVO, 2008:21), tendo em vista que os projetos que estão se desenvolvendo ao longo dos dias, é um projeto de mercado, que garante o mínimo aos projetos sociais e o máximo ao mercado. O SUS que construímos ainda não foi alcançado, a política de saúde brasileira existente ainda é insuficiente, no entanto, extremamente importante, a luta não pode parar!

2.4 OS MARCOS LEGAIS EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.

As mudanças ocorridas desde o período colonial em decorrência de interesses econômicos e poder, resultaram em intensa redução de emprego, pauperismo, ofertas de

⁴⁴Disposto no tópico 2.4.1 deste trabalho.

trabalho em condições precárias e informais; intensificaram as expressões da questão social e propiciou a expansão da população em situação de rua (SANTOS, 2019).

Outrora a Constituição Federal de 1988, a população em situação de rua era veemente criminalizada. No que tange aos direitos sociais para essa população, no Brasil, historicamente constata-se a ausência de políticas públicas e ações estatais voltadas a esse público. Reiteradamente as ações desenvolvidas em prol dessa população dantes a CF/88 compreendem ações de caridade praticadas pelas igrejas e associações de cunho assistencialista e de favor a quem está em estado vulnerabilidade social (SILVA; GOMES, 2021).

A Carta Magna de 1988 trouxe significativos avanços no que diz respeito aos direitos sociais e garantias fundamentais para os cidadãos. A prioridade desta constituinte funda-se com base a dignidade da pessoa humana e traz em seu art. 5º a afirmação de que *“todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”* (BRASIL, 1988). Entretanto, a constituinte não conjeturou medidas específicas de proteção social à população em situação de rua, tampouco proteção à saúde (SILVA; GOMES, 2021).

No tocante aos direitos sociais da população em situação de rua, só doravante os anos 90 que essa população começa a ganhar espaço nas agendas governamentais através de grupos apoiadores dos direitos humanos que lutam em prol da garantia e defesa dos direitos sociais, inclusive, da população em situação de rua (SILVA; GOMES, 2021). Nesse contexto, cria-se uma politização em torno das questões relacionadas à PSR e torna-se evidente o reconhecimento desses sujeitos como protagonistas na produção de direitos. Essa politização em torno das questões acerca da PSR acentua significativamente a possibilidade de reconhecimento e direitos assegurados (SILVA; GOMES, 2021).

No Brasil, diversas lutas foram enfrentadas para que as expressões da questão social fossem admitidas como responsabilidade coletiva e política. Foi através das lutas que nas últimas décadas a PSR alcançou visibilidade e conquistou significativos avanços no que tange aos direitos sociais. A Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR) e o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, são conquistas expressivas dessas lutas, as quais contaram com o protagonismo da própria PSR e são consideradas principais marcos legais dessa população.

Acerca da política de saúde brasileira, os marcos legais para a população em situação de rua ocorreram, assim como outros marcos legais, de forma tardia. Se na década de 90 essa

população começa a adentrar a agenda governamental dos direitos sociais, foi só nos anos 2000 que essa população adentra o setor saúde na agenda do governo e ainda de forma limitada, tendo em vista que as políticas desenvolvidas para essa população, em grande escala, ocorreram em níveis municipais e estaduais (BARBOSA, 2018).

O manual sobre o cuidado em saúde junto à população em situação de rua (2012) apresenta alguns avanços acerca dos direitos à saúde da PSR em níveis estaduais e municipais. De acordo com o manual, a primeira secretária municipal de saúde a implantar a primeira equipe de Saúde da Família (eSF) específica e exclusiva para o atendimento da PSR, foi a secretária municipal de saúde de Belo Horizonte (BH) em 2002, (BRASIL, 2012). Desse modo, a eSF passa a ser a primeira instrumentalização de saúde de referência para essa população. Posteriormente à implementação da eSF em BH, outros municípios como São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, aderiram à eSF para auxiliar nas questões de saúde da PSR. Entretanto, outras experiências de centros de saúde com equipes de atenção básica também começaram a sistematizar ações para a PSR, porém, não de modo exclusivo como as eSF's (BRASIL, 2012).

A implementação de políticas de saúde para a população em situação de rua, todavia ocorreu dentro de um cenário repleto de impasses. Após a constituição da Política Nacional para População em Situação de Rua, institui-se o Comitê Técnico de Saúde para População em Situação de Rua por meio da portaria MS/GM nº 3.305 de 24 de dezembro de 2009. A instituição desta portaria foi um passo extremamente importante uma vez que possibilitou avanços significativos na área da saúde para essa população. Composto por representantes de algumas Secretarias do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz e por representantes de Entidades da Sociedade Civil organizada, as conquistas no setor saúde foram obtidas com a efetiva participação coletiva (BRASIL, 2012).

Em 2012, o Ministério da Saúde, junto a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa lançou o Plano Operativo⁴⁵ para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua, com a *finalidade de apresentar ações e estratégias que orientarão a intervenção do SUS - seus órgãos de gestão federal; estadual/distrital e*

⁴⁵Este plano se insere na dinâmica do SUS, na forma de estratégias de gestão solidária e participativa, considerando que a integralidade das ações depende da atuação de equipes interdisciplinares, prestando serviços de forma contínua às pessoas no seu contexto e atuando para a qualidade de vida, enfatizando o acesso ao SUS através das redes de atenção à saúde básica, de urgência e de emergência, de atenção psicossocial, da vigilância em saúde, com foco na promoção e prevenção de agravos a saúde e inclusão na atenção especializada. As estratégias operacionais e ações contidas no Plano Operativo de Saúde da População em Situação de Rua estão em consonância com o Plano Plurianual (PPA) 2012-2015 e utilizam como quantitativo populacional o resultado da contagem realizada pelo MDS, em 2008 (BRASIL, 2012-2015:4).

municipal - no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na PSR (BRASIL, 2012-2015).

A instrumentalização do plano é norteada pela articulação intra-intersectorial e a transversalidade na expansão de ações prioritárias a garantir o acesso da PSR aos serviços públicos de saúde e, fundamenta-se em princípios definidos na I Oficina de Promoção da Equidade em Saúde da População em Situação de Rua, realizada em 2007, os quais são:

Recusa e Repúdio a qualquer forma de exclusão e institucionalização compulsória; Protagonismo da população, com autonomia e participação qualificada; Acesso integral e humanizado ao SUS, incluindo dispositivos de promoção, prevenção, cuidados interdisciplinares e transversalidade das políticas e ações; Responsabilização dos diversos segmentos sociais em relação a PSR; Direito à hospitalidade e ao usufruto da cidade (BRASIL, 2012-2015).

Entretanto, o entendimento da população em situação de rua acerca da temática saúde é diverso tendo em vista que o conceito é formado a partir das vivências e costumes de cada indivíduo (SCHERVINSKI; ET AL, 2017), e impacta diretamente no acesso dessa população às políticas de saúde.

Schervinski, et al, 2017, em sua pesquisa “Atenção à Saúde da População em Situação de Rua” identifica:

(...) carência de acesso à atenção primária, que é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. No que se refere ao atendimento em algum serviço de saúde no último ano e o motivo do atendimento percebemos a prevalência da procura por Unidades de Pronto Atendimento (SCHERVINSKI; ET AL, 2017:61).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁴⁶ foi instituída pela portaria nº 2.488/outubro de 2011, e teve como objetivo ampliar o acesso da PSR aos serviços de saúde, sobretudo, da atenção básica (AB) em saúde. É com base nesse objetivo, que através da PNAB é constituída a estratégia Consultório na Rua (CnaR) o qual atualmente é uma importante e indispensável política pública de saúde específica para a PSR, que integra a Rede de Atenção Básica e desenvolve ações de atenção psicossocial, cumprindo com os fundamentos e diretrizes estabelecidos pela PNAB (SILVA; ET AL, 2015).

É importante ressaltar que SUS traz em seus princípios a universalidade do acesso, a integralidade da assistência, à igualdade da assistência em saúde que dispensa qualquer tipo de preconceito ou privilégio e ainda apresenta o princípio do direito à informação às pessoas assistidas sobre sua saúde (BRASIL, 1990). Ou seja, a PNAB instituí o CnaR, entretanto, o

⁴⁶ Define a atenção básica como um conjunto de ações, individuais e coletivas, que envolve promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde de modo que essas ações de atenção integral estimulem a autonomia das pessoas e causem impacto nos determinantes de saúde (BRASIL, 2011).

atendimento em saúde básica da PSR não é exclusivo do CnaR uma vez que, a política de saúde pública em geral, é para todos, logo o acesso pode dar-se por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), sobretudo, nos municípios onde não há Consultório na Rua (BRASIL, 2014).

É impreterível não pensar nos desafios e possibilidades que a PSR enfrenta na realidade social diária. De acordo com Nascimento, et al. 2022, *a população em situação de rua acaba procurando diretamente os serviços de urgência e emergência* (NASCIMENTO; ET AL, 2022:8), uma vez que o pré-julgamento por parte dos profissionais de saúde e demais usuários é concreto. Esse preconceito acerca da PSR, os invisibiliza e afeta diretamente na expectativa e adesão desta população aos serviços de saúde (NASCIMENTO; ET AL, 2022).

A condição de vida precária da PSR interfere diretamente na perspectiva delas sobre as questões de saúde e doenças. Para essa população, de acordo com Schervinski, et al., 2017, *estar doente depende diretamente da cultura e do trabalho*. A PSR tem o trabalho pesado e precário como estratégia de sobrevivência muitas vezes não percebendo os sinais e sintomas das doenças que acometem até surgir uma situação de emergência que o impeça de trabalhar (SCHERVINSKI; ET AL, 2017:59), ou seja, a PSR atribui saúde, as condições físicas de locomoção e mobilidade. Enquanto conseguir trabalhar, “está tudo bem, saudável e funcionando”.

Considerando os inúmeros impasses vividos pela população em situação de rua acerca das conquistas dos marcos legais em saúde, como também, o caminho para a adesão aos serviços de saúde que é repleto de obstáculos, a busca e adesão pelos serviços de saúde ocorrem circunstancialmente.

(...) os serviços de saúde, estes eram procurados em último caso, quando a necessidade de saúde ultrapassava os limites da dor ou interferia diretamente na sobrevivência. Muitas vezes, dores de cabeça, fraqueza e dores no corpo, que são considerados motivos banais para a procura dos serviços de saúde, podem refletir a manifestação ou complicações de outras doenças, como doenças crônicas, que necessitam de acompanhamento (CAMPBELL et al, 2015, Apud, VALLE; FARAHA, 2020:11).

Nesse contexto, pode-se inferir que a saúde da PSR é intensamente comprometida devido às dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde, e também dos serviços de medicamentos. Tendo em vista os princípios do SUS os quais garantem o acesso universal, integral e equânime, nota-se uma fragilização das ações no setor saúde para essa população. Dentre os impasses que fragilizam e obstaculizam o acesso da PSR aos serviços de saúde

para além do preconceito e estigmatização dos profissionais e demais usuário está à falta de documentação.

A falta de documentação foi um problema concreto que muitas vezes impediu o acesso desse grupo aos serviços de saúde, assim como a dispensação de medicamentos de uso controlado, já que era preciso apresentar documento de identidade e comprovante de endereço para a confecção do Cartão SUS (VALLE; FARAH, 2020:17).

Em resposta a essas questões referente à exigência de documentação comprobatória de residência e ainda, do documento de identificação, a Portaria MS/GM nº 940/2011 que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS - no seu §1º do artigo 23, declara que é dispensado aos ciganos, nômades e pessoas em situação de rua a exigência de apresentar o endereço do domicílio permanente para aquisição do Cartão SUS. *Sobre esse assunto é importante ressaltarmos que qualquer pessoa tem o direito de ser atendido nas unidades de saúde, independentemente de apresentação de documentação* (BRASIL, 2014:31). Entretanto, essa portaria é pouco conhecida pelos profissionais da saúde, o que torna seu cumprimento uma expectativa.

Tendo em vista que a PSR está diariamente exposta a vários fatores de violência e que interferem na saúde, a exemplo: dormir ao relento, exposição a variações climáticas, falta de alimentação e nutrição adequada, vivência do preconceito e discriminação. A garantia do acesso dessas PSR aos serviços e ações de saúde são pressupostos essenciais para a dignidade. A vivência desses fatores demanda respostas técnicas, gerenciais e de políticas setoriais e, sobretudo, as de natureza intersetorial (VALLE; FARAH, 2020). Daí a razão do CnaR ser a política de saúde específica para PSR mais importante e indispensável do país, a intersetorialidade e a multidisciplinaridade que o CnaR trabalha é extremamente importante para a adesão dessa população aos serviços.

Considerando a relevância do CnaR para a população em situação de rua, no tópico seguinte será discorrido um pouco mais sobre essa política.

2.4.1 A ESTRATÉGIA CONSULTÓRIO NA RUA: AVANÇOS E DESAFIOS NA AMPLIAÇÃO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

Tendo em vista as condições de vulnerabilidade e extrema violência que a população em situação de rua vivência, questões psicossociais geradoras de sofrimento físicos e emocionais possibilitam riscos maiores para a saúde desse grupo e representa um grande

desafio para a efetivação de políticas de saúde que de em conta dessa heterogeneidade (BRASIL, 2012).

O cumprimento do direito à saúde assegurado pela CF/88 e pela lei orgânica da saúde, historicamente se deu através de muitos conflitos e reivindicações. No que concerne ao direito à saúde da população em situação de rua, esse foi ainda mais embaraçoso uma vez que, de modo histórico, a PSR é invisibilizada e marginalizada.

A trajetória para a implementação dos Consultórios nas Ruas também perpassou por conflitos. Em 1999 surgem os Consultórios de Rua, na cidade de Salvador - BA, a partir de experiências desenvolvidas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia. Idealizado a partir de uma pesquisa etnográfica sobre meninos e meninas em situação de rua e usuárias de substâncias psicoativas em Salvador, a proposta do consultório de rua vem como alternativa para ofertar cuidado a esse público (BARBOSA, 2018).

De acordo com Oliveira (2009):

O Consultório de Rua foi desenvolvido como um dispositivo para atender aos meninos e meninas em situação de rua, usuários de drogas, que se encontram em risco pessoal e social, cujo atendimento se dá fora dos muros institucionais. Sua metodologia de trabalho envolve o desenvolvimento de ações através de equipes multidisciplinares que se dirigem ao encontro do público-alvo em seus locais de permanência, em pontos distintos da cidade, com o apoio de veículo adaptado para essa finalidade e realiza atendimentos, in loco, visando a prevenção e a redução de danos decorrentes do consumo de drogas, além da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST)/AIDS (OLIVEIRA, 2009 p.65)

Logo, o Consultório de Rua evidencia-se como uma boa alternativa para abordagem e atendimento a pessoas em situação de rua e usuárias de substâncias psicoativas. É assim que em 2009, o Ministério da Saúde -MS- passa a propô-lo como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS.

Por conseguinte, em 2010 o Consultório de Rua é incluído no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, com a finalidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde e melhorar o atendimento das ações em saúde ofertadas pelo SUS aos usuários de substâncias psicoativas (BARBOSA, 2018). Dessa forma, a experiência do Consultório de Rua em Salvador, torna-se referência para novos projetos e consolida-se como uma política importante na rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

Visando a possibilidade da expansão das equipes, chamadas para seleção de projetos de consultórios de rua e redução de danos, foram realizadas. Através das chamadas, o MS

passa a financiar diversas equipes de consultórios de rua, tanto as que já funcionavam, quanto também estimulou a criação de outras equipes (BARBOSA, 2018).

A dinamicidade da vida na rua e a diversidade de fatores que interferem na saúde de um indivíduo que vive nessa condição e que, nem sempre faz uso de Álcool e/ou outras drogas, exige uma política de saúde tal como a do consultório de rua, entretanto, o consultório de rua como supracitado, tem o foco na atenção da PSR usuária de álcool e outras drogas. É com base nas experiências anteriores que se cria uma nova proposta para uma atenção básica que abarque o cuidado integral de saúde dessa população.

Nesse contexto, com vista à importância do consultório de rua, a PNAB revisa suas diretrizes e normas quanto à organização da AB e define as equipes de Consultório na Rua - CnaR - como parte das equipes da AB para populações específicas (BARBOSA, 2018).

A proposta do Consultório de Rua, até então ligada à Coordenação Nacional de Saúde Mental, passa a ser denominada de Consultório na Rua, sendo agora uma modalidade de equipe de Atenção Básica. Esta mudança firma o interesse compartilhado entre as áreas envolvidas, qual seja, de que estas equipes abordem os diferentes tipos de demandas e necessidades de saúde da população em situação de rua, incluindo aquelas pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de crack, álcool e outras drogas bem como a prática da Redução de Danos em sua abordagem (BRASIL, 2012).

Segundo disposto na Portaria nº 2.488/11:

As equipes deverão realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil (BRASIL, 2011).

Assim, compreende-se a importância da ação intersetorial para o desenvolvimento de ações em saúde no CnaR para a PSR específica. As equipes integram uma rede de atenção psicossocial e seguem os fundamentos e diretrizes da PNAB. Juntas, elas atuam em diferentes situações e problemas de saúde da PSR.

O Consultório na Rua age como ponte entre o morador de rua e o serviço de saúde e tem como objetivos principais a promoção da saúde, prevenção de agravos, redução de danos e manutenção da saúde da pessoa que vive na rua, para que ele/ela desenvolva autonomia no cuidado e tenha direito a um atendimento humanizado e universalizado (BRASIL, 2012).

Destarte, as ações do CnaR são norteadas, sobretudo, no sentido de estabelecer vínculo com as pessoas em situação de rua.

Compreender a redução de danos e ter um olhar humanizado que promova, previna e evidencie cuidados primários em saúde fora dos espaços institucionais, são estratégias

adotadas pelas equipes de CnaR (BARBOSA, 2018). Proporcionar um acolhimento que respeite as escolhas e a autonomia dos indivíduos, livre de julgamentos e que estimule a participação social, a prática do cuidado, assegurando de fato o direito à saúde de todo cidadão brasileiro, também é um propósito do CnaR.

O Ministério da Saúde em 2012, por meio da portaria nº 122, de 25 de janeiro, instituiu diretrizes de organização e funcionamento das equipes de CnaR. Desta forma, foram estabelecidas três modalidades de equipes:

- A I modalidade de equipe é formada por quatro profissionais: dois de nível superior e dois de nível médio;
- A II é formada por seis profissionais: três de nível superior e três de nível médio;
- A III modalidade de equipe tem a mesma composição da II, acrescida de um profissional médico (BRASIL, 2012).

Acerca dos investimentos, a portaria também dispõe sobre o incentivo financeiro mensal de custeio ofertado pelo MS às prefeituras que implantassem as equipes CnaR em seus territórios (BARBOSA, 2018).

Deste modo, o MS designou o valor mensal de R\$ 9.500,00 (nove mil e quinhentos reais) a cada equipe da modalidade I instituída; R\$ 13.000,00 (treze mil reais) a cada equipe da modalidade II; e R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) a cada equipe da modalidade III (BRASIL, 2012).

Contudo, no ano de 2014 a publicação da portaria nº 1.238, de junho, fixou novos valores de incentivo de custeio referente às equipes de CnaR.

Para a modalidade I, foi designado o valor de R\$ 19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais); R\$ 27.300,00 (vinte e sete mil e trezentos reais) para as equipes de modalidade II; e R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) às equipes da modalidade III (BRASIL, 2012).

A condição para o repasse era apresentar o cadastramento da equipe no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e a atualização dos dados no Sistema de Informações que estava em vigor. Quanto à avaliação e monitoramento do funcionamento das equipes, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS); o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) e as Secretarias Estaduais de Saúde ficaram a cargo (BARBOSA, 2018).

De acordo com o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua:

As equipes dos Consultórios na Rua deverão atender de oitenta a mil pessoas em situação de rua, cumprindo Carga Horária mínima semanal de 30 horas, tendo

horário de funcionamento adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e noturno e em qualquer dia da semana. Todas as modalidades de equipes dos Consultórios na Rua poderão agregar Agentes Comunitários de Saúde, complementando suas ações (BRASIL, 2012).

Frente a realidade vivida pela população em situação de rua, o CnaR vem com a proposta de cuidado que amplia o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde de sujeitos marginalizados. A atenção humanizada que abrange o CnaR oferece não apenas atenção em saúde, mas sobretudo, garante direitos, tendo em vista que no CnaR há a possibilidade de confeccionar o Cartão SUS que para além de ser um dos recursos que viabiliza os atendimentos em saúde, fortalece seu reconhecimento enquanto cidadão.

Destá forma infere-se a importância do CnaR para a PSR uma vez que, o preconceito e invisibilidade que cerca essa população, contribui intensamente com os agravos em saúde. O CnaR é um significativo avanço na política de Saúde para PSR e contou com a participação de muitas pessoas incluindo movimentos sociais e a própria PSR para sua implementação. Ele ainda é uma possibilidade de qualificação do SUS uma vez que o oportuniza a reorganizar-se a maneira como pensa o território, a maneira como pensa os padrões de vida saudável.

A rua tem um poder de evidenciar coisas, ela não é um mundo fora do nosso mundo. E a rua vai exigir que a gente tenha, por exemplo, um entendimento integral, onde saúde física e saúde mental não se separe, a rua vai exigir que o SUS funcione em rede, a rua vai exigir que uma equipe funcione como uma equipe, construa seu trabalho coletivamente, a rua vai exigir que a gente entenda o território de uma outra forma (BARBOSA, 2018:66).

Logo, o CnaR é a política de saúde que vem para transformar a saúde da população em situação de rua. Entretanto é importante reafirmar que, não cabe apenas aos CnaR o atendimento primário básico à PSR uma vez que há as unidades de Atenção Primária, Atenção Básica, e Unidades de Pronto Atendimento que também podem prestar serviços de saúde para a PSR.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vulnerabilidade de um indivíduo não decorre apenas de questões individuais, mas também contextuais e programáticas as quais influenciam consideravelmente na situação de desproteção de um indivíduo ou grupo social. Para o grupo social em questão (PSR), a principal adversidade é a falta de moradia, no entanto, a falta de acesso a outros direitos tais como o da saúde, afeta violentamente essa população.

Ao longo deste trabalho analisamos o contexto histórico da população em situação de rua, a trajetória da República até os marcos legais em direitos sociais e, o contexto histórico da política de saúde no Brasil uma vez que, o contexto histórico é indispensável para que se tenha a aplicabilidade da metodologia escolhida para o desenvolvimento deste. No estudo, seguimos uma questão norteadora a qual busca identificar como se dá o acesso da PSR aos serviços públicos de saúde, ou melhor, em quais circunstâncias esse atendimento ocorre tendo em vista a histórica trajetória de (in) visibilidade da PSR?

A saber, há um déficit em relação a estudos de Nível Nacional acerca da PSR, uma vez que os estudos existentes, geralmente, referem-se à PSR específica de um Estado-Município. Percebeu-se que esse déficit em estudos a nível nacional, ocorre dado que, os dados acerca da PSR são indefinidos e variáveis considerando a transitoriedade que a PSR vive a diversidade do território brasileiro e suas formas de ocupação.

As dificuldades que a PSR tem de acessar aos direitos mínimos sociais, inclusive o direito à saúde, são diversas. Ainda que a Constituição Federal de 1988, a instituição/regulamentação do SUS em 1990 e a Política Nacional da População em Situação de Rua de 2009, garantam o acesso aos direitos sociais e o direito à saúde, esse grupo populacional diariamente enfrenta diversas barreiras no acesso às políticas públicas e serviços de saúde, ainda sofre intensa opressão. Apoiada nas pesquisas concretas constatou-se que as principais barreiras que interferem a PSR acessar integralmente, equanimente, os serviços público de saúde universal são ainda o preconceito, estigma, aporofobia⁴⁷, burocracia e carência de documentação que atinge esse grupo populacional.

Como foi expresso no decurso deste estudo, o direito básico e universal - saúde - é para todo e qualquer cidadão, sem distinção de qualquer natureza, contudo, para a PSR em específico, esse direito é garantido delimitadamente tendo em vista que, as políticas públicas

⁴⁷Adela Cortina sobre a aporofobia, termo criado para designar a aversão ao pobre (CORTINA, 2017. apud. RESENDE; MACHADO, 2021:1).

voltadas a esse contingente populacional são reduzidas e estruturalmente negligenciadas. Do atendimento primário ao terciário, a PSR é obstaculizada.

A falta de acolhimento pela atenção básica (AB) interfere negativamente no quadro de saúde do paciente, à vista disso, comumente, o atendimento ocorre em estágio de adoecimento avançado. No tocante aos níveis secundários e terciários, estudos apontam maiores dificuldades no acesso. Destarte, a literatura acadêmica demonstra que a circunstância as quais a pessoa em situação de rua chega ao serviço de saúde, correntemente, é em um estado de saúde grave, sendo atendido pelos serviços de emergência/urgência, evidenciando o não atendimento contínuo convencional de direito, atestando as barreiras estruturais existentes.

As investigações também apontam para a prestação de um serviço desprovido de acolhimento e vínculo. Autoras como Andrade et al, 2022, afirmam que o acolhimento para a PSR só acontece de maneira regular quando há a intervenção precedente de profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou da Assistência Social.

É com base na trajetória histórica de (in) visibilidade e violência a qual essa população vivencia corriqueiramente e, com vista ao princípio da universalidade, que estudos e políticas públicas foram sendo desenvolvidas, a passos lentos, diante árdua luta, disputa e resistência, entretanto, como resultado da luta a PSR adentra a agenda de ações do Estado e torna-se um pouco mais eminente. Entretanto, as políticas sociais desenvolvidas pelo Estado, ainda que fosse direcionada para todo e qualquer cidadão, não atendia às especificidades deste grupo populacional tendo em vista o contexto de marginalização e exclusão que vivenciam em consequência da discriminação e preconceito enraizados.

Destarte, políticas públicas em saúde específicas para a PSR despontam, tardiamente, contudo, elas despontam. Considerado um importante avanço, se não, o principal em política de saúde para a PSR, a estratégia CnaR constituída através da PNAB contempla a integralidade desta população aos serviços. Com o objetivo preliminar de intervenção, as equipes CnaR insere os sujeitos vulneráveis na rede de cuidado, garantindo-lhes o direito constitucional à saúde e, ainda atua como porta de entrada no sistema de saúde, dispensando burocracias e julgamentos. As experiências vivenciadas pelos CnaR possibilitaram um importante avanço no que tange à saúde da PSR tendo em vista que, inicia-se com a proposta Consultório de Rua itinerante com foco no atendimento à saúde mental, avançando com uma proposta de Estratégia Saúde da Família em atuação com equipes específicas para a atenção integral à saúde da PSR, prosseguindo a evolução com a proposta CnaR equipe itinerante

para Atenção Integral à Saúde da PSR pela AB. A equipe CnaR é permitido utilizar as instalações das UBS do território desenvolvendo ações em parceria com as equipes das UBS.

Nessa direção, infere-se a estratégia CnaR como a política de saúde voltada a PSR mais íntegra e ativa, essencialmente indispensável para o cuidado em saúde dessa população uma vez que, a portaria nº 122 de janeiro de 2011, definiu as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes Consultório na Rua, estabelecendo a articulação dos serviços de saúde com as demais políticas públicas tais como assistência social, tencionando a produção de atenção e cuidado integral à saúde da PSR, sinalizando a importância da organização estrutural da rede de atenção à saúde, do projeto político de proteção social universal que tende a avançar em um SUS público, universal e de qualidade.

Desse modo, observou-se nas literaturas que a atuação conjunta da rede é indispensável para a redução dos agravos a que esta população está sujeita uma vez que, como supracitado, constantemente essa população é marginalizada, discriminada e negligenciada. As literaturas também apontam como desafio para a concretização dos direitos da PSR, sobretudo o direito à saúde, o enfraquecimento das políticas públicas com os avanços neoliberais, junto à desarticulação da rede sustentada pelo preconceito e desqualificação dos profissionais nos serviços de saúde convencional. Assim, pesquisas evidenciam que o CnaR contribui intensamente para o acesso da PSR aos serviços de saúde, simbolizado como porta de entrada fundamental dessa população nas RAS, as equipes CnaR tem a capacidade de acolher e criar vínculo com esse grupo populacional, o que é essencial para que a PSR se sinta segura e tenha confiança nos profissionais da saúde.

Nessa conjuntura, os profissionais do serviço social têm papel fundamental na atenção a PSR, sobretudo, no contexto do SUS tendo em vista que a PSR configura uma das mais latentes expressões da questão social, objeto de intervenção do Assistente social. Destarte, o assistente social frente às questões de saúde da PSR, atua na garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade para essa população uma vez que, de acordo com o código de ética da profissão, é princípio fundamental a defesa intransigente dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, dentre outro.

Conclui-se que o acesso da PSR aos serviços de saúde se dá em meio a dificuldades. As iniquidades no acesso da PSR aos serviços de saúde são reflexo dos desafios de promoção da universalidade e equidade no acesso ao atendimento. Bem como, desafios consoantes a desarticulação entre as redes de atenção e a ausência de financiamento necessário para a efetivação do processo de trabalho das equipes CnaR e de sua estrutura são dificuldades para

o acesso. A articulação da rede auxilia no combate aos estereótipos e discriminação que essa população sofre e é indispensável. Nessa direção, um olhar interseccional sobre as necessidades em saúde também é necessário uma vez que, questões de gênero, raça, classe, influenciam questões de marginalização e nos processos de saúde-doença.

Dessa forma, observar as dificuldades enfrentadas pela PSR no acesso aos serviços de saúde requer um olhar totalizante, atento e crítico o qual consiga perceber como os processos de marginalização, criminalização e discriminação vivenciadas pela PSR se materializam no processo saúde-doença, no não acolhimento, nos processos discriminatórios e exclusão dos indivíduos nos serviços de saúde.

Enquanto futura assistente social, a pesquisa temática possibilitou uma perspectiva a qual instiga a luta em defesa dos direitos sociais e por um sistema menos desigual, tendo em vista que:

Para ser um cidadão de direito

Tem que ser perfeito

Não basta ser humano de qualquer jeito.

Tem que andar limpinho, cheirosinho

Andar na linha e ainda possuir moradia.

Tem que votar

Pagar contas

Trabalhar e estudar

Caso contrário

As políticas públicas ficam bem difíceis de acessar.

Laryça Nunes, 2023.

REFERÊNCIAS

ALVES, A, M. O Método Materialismo Histórico- Dialético: Alguns Apontamentos sobre a Subjetividade. Revista de Psicologia da UNESP, 9 (1), 2010.

ALMEIDA, B, V de; CAMPOS, C, P. População em Situação de Rua e Constituição Cidadã. Artigo da Mostra III - Extensão PUC MINAS: encontros e diálogos. 2018

ANDRADE, F, S. Crianças e Adolescentes em Situação de Rua: Ocupação e Domínio do Espaço Público Urbano. Tese de Doutorado, Cuiabá, 2014.

ANDRADE, R, de; COSTA, A, A, S; ET AL. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 46, N. 132, P. 227-239, JAN-MAR 2022

ABRUCIO, F, L; FRANZESE, C. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. Tópicos de economia paulista para gestores públicos, v. 1, p. 13-31, 2007.

AMORIM, J, A de; BILHÃO, I. O GOVERNO VARGAS, UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO. 2010. Disponível em: < [clique aqui](#)>. Acesso em: 28/10/2022.

ALÍPIO, M. P. et al. População em Situação de Rua e Questão Social: Reflexões sobre a Invisibilidade, Políticas Públicas e Planejamento Social. Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, DF. 2019.

ALVES, C, F; SILVESTRE, V, P; LIMA, S. C. Vozes do Necrotério Social: O Que Pessoas em Situação de Rua tem a Falar. Raído, e-ISSN 1984-4018, v. 13, n. 33, jul./dez. 2019, Dourados, MS - Brasil.

As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil : 120 anos após a abolição / Mário Theodoro (org.), Luciana Jaccoud, Rafael Osório, Sergei Soares . – Brasília : IPEA, 2008. 176 p.

ANDRADE, R; et al. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 46, N. 132, P 277-239, 2022.

BRASIL, 1891. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil.

BRASIL, 1988. Constituição Cidadã

BRASIL, Decreto nº 7.053/2009, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm

BRASIL, Decreto nº 5.940/2006 revogado pelo Decreto nº 10.936, de 2022

BRASIL, Instrução Operacional nº 7/2010, de 22 de novembro de 2010. Orientações aos municípios e ao Distrito Federal para a inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único. Brasília, DF. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/instrucoes_operacionais/2010/io_conjunta07%20_senarc.pdf

BRASIL, Lei nº 3.353/1888, de 13 de maio de 1888, declara a extinta a escravidão do Brasil. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim3353.htm

BRASIL, Lei nº 8.080/1990, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

BRASIL, Lei nº 8.142/1990, de 28 de setembro 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm

BRASIL, Lei nº 11.258/2005, de 30 de dezembro de 2005, altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11258.htm

BRASIL, Lei nº 8.742/1993, de 7 de dezembro de 1993, dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm

BRASIL, Portaria nº 3.305/2009, de 24 de dezembro de 2009, institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Brasília, DF. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html

BRASIL, Portaria nº 940/2011, de 28 de abril de 2011, regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Brasília, DF. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html

BRASIL, Portaria nº 2.488/2011, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL, Portaria nº 122/2012, de 25 de janeiro de 2012, define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, DF. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

BRASIL, Portaria nº 1.238/2014, de 6 de junho de 2014, fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades. Brasília, DF. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1238_06_06_2014.html

BRASIL, Portaria nº 381/2006, de 12 de dezembro de 2006, Estabelece critérios e procedimentos relativos ao repasse de recursos financeiros aos Municípios, destinados à

expansão dos serviços sócio-assistenciais co-financiados pelo Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, ao desenvolvimento e aprimoramento da gestão dos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS – e Centros de Referência Especializados de Assistência Social CREAS, no exercício de 2006. Brasília, DF. Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/portaria-no-381-12-de-dezembro-de-2006-2/>

BRASIL, Resolução nº 109/2009, de 11 de novembro de 2009, aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome 2008. Rua aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua -- Brasília, DF: MDS; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social. 2009.

BRASIL, Plano Operativo para implementação de ações em saúde para população em situação de rua, 2012-2015

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua : um direito humano– Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 38p. : il. ISBN 978-85-334-2201-

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il– Série A. Normas e Manuais Técnicos

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da população em situação de rua : um direito humano. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 38p. : il.

BRASIL, Ministério da Cidadania. Secretaria de Avaliação e Gestão de Informação- SAGI, 2012-2022. Disponível em: <[dados sobre famílias em situação de rua cadastradas no CadÚnico](#)>. Acessada em 03/08/2022.

BRASIL, Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2008

BORTONE, Elaine. O governo Jair Bolsonaro e os empresários da indústria farmacêutica. Marx e Marxismo-Revista do NIEP-Marx, v. 9, n. 17, 2021.

BORYSOW, I, da C. O Consultório na Rua e a Atenção Básica à População em Situação de Rua/ Igor da Costa Borysow. -- São Paulo, 2018.

BORYSOW, I, P, da; FURTADO, P, J. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014, 48(6), 1069-1076ISSN.

BRITO, C; SILVA, L, N. População em Situação de Rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 27(1):151-160, 2022.

BRAVO, M^o, I, S. Política de Saúde no Brasil. Rev. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. 2008.

BENEDITO, D. Dos navios negreiros aos dias de hoje: a violência e a juventude negra. Boletim do Instituto de Saúde, Juventude e Raça. Abril, 2008.

BEHRING, E. Brasil em contra-reforma. Desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2008, cap. 4 e 5, p. 171- 280.

BARBOSA, J, C, G, Implementação das políticas públicas voltadas para a população em situação de rua : desafios e aprendizados / José Carlos Gomes Barbosa - Brasília : IPEA, 2018.

BRAVO, M^o, I, S; CORREIA, M^o V, C; Desafios do controle social na atualidade. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan/mar. 2012.

BRAVO, M^o, I, S; PELAEZ, E, J. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Luta e Resistências. Ensaio Temático, SER social, Estado, Democracia e Saúde. Brasília, v.22, n^o 46, janeiro a junho de 2020.

BARROSO, L, R. Vinte anos da Constituição Brasileira de 1988: O Estado a que chegamos. Cadernos da Escola de Direito e Relações Internacionais da UniBrasil. Jan/Jul, 2008.

CASTRO, L, Z; ANDRADE, M, C; CHERNICHARO, R, L. A População em Situação de Rua e a busca pelo sentido da vida: Uma questão de sobrevivência. Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas. v. 3, n^o 6. Jul./dez. 2018 - Issn 2448-0738

CERQUEIRA, A, S, T. Evolução do Processo Social População em Situação de Rua: Um Estudo sobre Pobreza, Necessidades Humanas e Mínimos Sociais. Brasília, DF. 2011.

CHAGAS, E, F. O método dialético de Marx: Investigação e Exposição crítica do objeto, 2012. Disponível em: <[clique aqui](#)>. Acessado em: 05/07/2022

CORSI, FL. O fim do Estado Novo e as disputas em torno da política econômica. Revista de Sociologia e Política n^o 6/7. 1996. Disponível em: <[clique aqui](#)>. Acessado em: 03/11/2022

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

DA SILVA, Angelo José. Luís Carlos Prestes e os antecedentes da Revolução de 1930. Revista de Sociologia e Política, n. 01, p. 85-106, 1993.

ELIAS, J. Após os cortes na saúde, governo diz que verba ligada a pandemia está garantida. CNN Brasil, 2021. Disponível em: <[clique aqui](#)>. Acesso em: 08/11/2022 - 16:34, horário de Brasília.

FIGUEIREDO, C. População em Situação de Rua cresce 16% de dezembro a maio, diz pesquisa. CNN Brasil, 2022. Disponível em: <[clique aqui](#)> . Acesso em: 06/12/2022

FURTADO, C, C. Existência Relâmpago: Notas Etnográficas sobre Morrer no Mundo da Rua. *Tessituras, Revista de Antropologia e Arqueologia*. v.9. n° 2. Pelotas, 2021.

FONSECA, A, D; SILVA, S, L, A. O neoliberalismo em tempos de Pandemia: O governo Bolsonaro no contexto da crise da COVID - 19. *Ágora (St. Cruz Sul, Online)*. v. 22; Nº 2, p. 58-75. Dezembro de 2020.

FILHO, Luiz Carlos Franco Marinho. *Acima de tudo e de todos: Um olhar sobre o bolsonarismo mobilizado diante da #VazaJato*. Rio de Janeiro, 2019.

FIGUEIREDO, B, M,D. MELLO, M, S. Todo Camburão tem um Pouco de Navio Negroiro: A Superpopulação Negra nos Presídios Brasileiros. *Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*. Brasília, DF. 2019.

GROFF, P, V. Direitos Fundamentais nas Constituições Brasileiras. *Revista de Informação Legislativa*. Brasília a. 45 n. 178 abr./jun. 2008

GUIMARÃES, K, C; PEREIRA, M, C. Neoliberalismo e facismo: o paradigma perverso do bolsonarismo. *Rev. Reis*. v, 04. n°, 01. p. 30-47. 2020

HALLAIS, J, A, da S; BARROS,N, F, de. Consultório na Rua: Visibilidades, Invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(7):1497-1504, jul, 2015

HUR, D, U. Discursos sobre a retórica governamental de Bolsonaro: louco, genocida, necroliberal ou cortina de fumaça?. *LUGAR COMUM*, Rio de Janeiro, n. 61, setembro de 2021

IAMAMOTO, Marilda. CARVALHO, Raul. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

IBARRA, D. O neoliberalismo na América Latina. *Revista de Economia Política*, vol. 31, nº 2 (122), pp. 238-248 abril-junho/2011

JÚNIOR, C,A,M. Entrelaçamento entre autoritarismo e garantia de direitos sociais no governo de Getúlio Vargas (1937-1945): a questão social trabalhista no Estado Novo / Cláudio Alcântara Meireles Júnior. - Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito, Programa de Pós-Graduação em Direito, Fortaleza, 2016.

LARA, S, H. Escravidão, Cidadania e História do Trabalho no Brasil. Proj. História, São Paulo. (16). 1998.

LIMA, T, C, S; MIOTO, R, T. Procedimentos Metodológicos na Construção do Conhecimento Científico: A Pesquisa Bibliográfica. Rev. Katál. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 37-45 2007.

LUCAS, E, S, R; MONTEIRO, M, G. Nas margens do mundo livre: anti-vadiagem, punição e relações de trabalho no mundo lusófono no contexto da abolição e do pós-abolição. XIX Encontro de História da ANPUH-Rio. História do Futuro: Ensino, Pesquisa e Divulgação Científica. 2020

LYNCH, C, E, C; NETO, C, P, S; BARBOSA, R. O Constitucionalismo da Inefetividade: A constituição de 1891 no cativo do Estado de sítio. Rev: Quaestio Iuris, vol. 05. n° 01. p.85-136. RJ. 2012.

LARA, R; SILVA, M, A da. A ditadura civil-militar de 1964: os impactos de longa duração nos direitos trabalhistas e sociais no Brasil. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 122, p. 275-293, abr./jun. 2015

Lei Eloy Chaves de 1923.

MARX, K. O capital: crítica da Economia Política. Livro I. Boitempo. Tradução: Rubens Enderle. 2013.

MASSAVI, V, S. População em Situação de Rua: Desvendando Olhares das Razões Vulneráveis. Dissertação de Mestrado, Cuiabá, 2017.

MENICUCCI, T, M^o, G. A política de saúde no governo Lula. Rev, saúde sociedade. São Paulo, v. 20. n^o 2. p, 522-532, 2011.

MACHADO, R, W,G. População em Situação de Rua: Uma Análise das Estruturas Determinantes e Condicionantes em Torno dessa Expressão da Questão Social. Revista Serviço Social em Debate, v.2, n^o 1. 2015.

NETTO, J, P. Introdução ao Estudo do método de Marx. Editora: Expressão Popular, 1^o edição. São Paulo, 2011.

NUNES, G, P, de A. “A Integração do Negro na Sociedade de Classes”: uma difícil via crucis ainda a caminho da redenção. Cronos, Natal-RN, v. 9, n. 1, p. 247-254, jan./jun. 2008

NEVES, F, C. Getúlio e a Seca: políticas emergenciais na era Vargas. Revista Brasileira de História. São Paulo, v. 21. n^o 40. p. 107-131. 2001.

NATALINO, M. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (Setembro de 2012 a Março de 2020). Nota Técnica n^o 73. Disoc Diretoria de Estudos e Políticas Sociais, IPEA, 2020.

NASCIMENTO, E, B; SILVA, J, L, J; SILVA M^o, H, C. Pessoa em situação de rua, saúde e serviço social: um estudo da realidade na cidade de Bayeux- PB. Revista de casos e consultoria. , V. 13, N. 1, e13130753, 2022 ISSN 2237-7417| CC BY 4.0

NASCIMENTO JP, SANTOS CT, VIEIRA SNS, NERY TC, CRUZ GS, SANTOS MF, et al. Direito à saúde à população em situação de rua. Rev enfermagem UFPE online, 2019. Disponível em: <[clique aqui](#)> . Acessado em: 06/10/2022.

NATALINO, M. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília, 2016.

OLIVEIRA, L, F; e, CANDAU, V, M^o. Pedagogia Decolonial e Educação Antirracista e Intercultural no Brasil. Educação em Revista. v. 26. n^o1. Belo Horizonte, 2010.

OLIVEIRA, M, G, P, N, de. Consultório de Rua: relato de uma experiência./ Mírian Gracie Plena Nunes de Oliveira - Salvador, 2009. Disponível em <[clique aqui](#)>

PAIM, J, S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1723-1728, 2018

PIRES, C, B. Colonialidade do Poder e as Oito Mil Famílias Fantomas de São Bernardo do Campo (SP). *Confluências*, v. 23. n°1. Rio de Janeiro, 2021.

PAIXÃO, C. Direito, política, autoritarismo e democracia no Brasil: da Revolução de 30 à promulgação da Constituição da República de 1988. *Araucária. Revista Iberoamericana de Filosofia, Política y Humanidades*, vol. 13, núm. 26, 2011, pp. 146-169. Universidad de Sevilla, España.

PEREIRA, P, A, P. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 112, p. 729-753, out./dez. 2012.

PIZZATO, R, M, S. A trajetória do protagonismo dos grupos e dos movimentos da população em situação de rua. Colaborando em: *A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre / 2012.*

PINHEIRO, F, T, S; TAVARES, N, B, F; ET AL. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde: Da gênese à crise contemporânea. *Sanare, Sobral*. v. 17, n°. 02. P. 82-90. 2018.

PINTO, R, M, P; GONDIM, A, B, C. Trabalho e População em Situação de Rua: uma análise à luz da questão social. VIII Jornada Internacional Políticas Públicas, UFMA, 2017.

PAIM, J, S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009

QUELER, Jefferson José. OS SENTIDOS DO QUEREMISMO: Disputas políticas em torno do conceito na redemocratização de 1945. *História (São Paulo)*, v. 35, 2016.

ROSSI, V, J. As duas faces do primeiro governo Vargas. *Revista eletrônica do CEMOP*, 1-7 2012.

RESENDE, A, C, L, de; MACHADO, C, A, A. A fraternidade como antídoto contra a aporofobia. Sequência: Estudos jurídicos e políticos. Universidade Federal de Santa Catarina, v. 42, N. 88, 2021

SILVA, S, R. A Trajetória do Negro no Brasil e a Territorialização Quilombola. Revista Nera, Ano 14, nº 19. São Paulo, 2011

SILVA, M, L, L. Mudanças Recentes no Mundo do Trabalho e o Fenômeno População em Situação de Rua no Brasil 1995-2005. Maria Lucia Lopes da Silva, Ivanete Salette Boschetti Ferreira. Brasília, 2006.

SILVA, I, M. O governo Bolsonaro, a crise política e as narrativas sobre a pandemia. Revista Brasileira de Pesquisa (auto)biográfica. Salvador, v. 05, nº. 16, p. 1478-1488, edição especial, 2020

SALDANHA, A, C. Estado Federal e Descentralização: Uma visão crítica do federalismo brasileiro. Revista Sequência, no 59, p. 327-360, dez. 2009

SILVA, W, M, F; RUIZ, J, L, S. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30(3), 2020

SILVA, C, C; CRUZ, M, M; VARGAS, E, P. Práticas de Cuidado e População em Situação de Rua: o caso consultório na Rua. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. ESPECIAL, P. 246-256, DEZ 2015

SILVA, P, C; GOMES, A, Q. O papel do Estado e a população em situação de rua no Brasil. Revista de Estudo Interdisciplinares. ISSN 2674-8703. V. 3, nº 1. Jan-Fev, 2021.

SANTANA, V, S, de; CASTELAR, M. A população em situação de rua e a luta pela cidadania. Revista Baiana de Saúde Pública, v.38, n.2, p.357-369 abr./jun. 2014.

SAUSEN, João Vitor; MAYER, Leandro (orgs.). Período republicano brasileiro: pesquisas, escritas e fontes. Itapiranga: Schreiber, 2021.

SANTOS, R. A; ANDRADE, P, L. A evolução histórica do federalismo brasileiro: Uma análise histórico-sociológica a partir das Constituições Federais. Encontro Nacional do CONPEDI (21. : 2012 : Uberlândia, MG).

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população em situação de rua. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(8):1798-1800, ago, 2014

SICARI, A, A; ZANELLA, A,V. Movimento Nacional de População em Situação de Rua: A complexa luta por direitos. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 26, n°3, p. 1058-1079. 2020.

SANT'HELENA, M, M. ET AL. Da reforma Sanitária às privatizações: discutindo a saúde pública Brasileira. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. 2013. Disponível em: <[clique aqui](#)>. Acesso: 22/11/2022.

SOUSA, A, P; MACEDO, J, P. População em Situação de Rua: Expressão (im) pertinente da “Questão Social”. Psicologia, Teoria e Pesquisa, Brasília, 2019, v. 35, e35510

SOARES, R, C. A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: Impactos e demandas ao Serviço Social. Raquel Cavalcante Soares, Recife. A. autora, 2010.

SANTOS, D, C T. Acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua do Município de Sete Lagoas/ MG. Trabalho de Conclusão de Curso, UFMG, 2019

SCHERVINSKI, A,C; et al. Atenção à saúde da população em situação de rua. Revista eletrônica de extensão, ISSN 1807-0221 Florianópolis, v. 14, n. 26, p. 55-64, 2017.

SOARES, M, M; MACHADO, J, A. Federalismo e Políticas Públicas. Capítulo 4: Federalismo e Políticas Públicas no Brasil. Brasília: Enap, 2018. 112 p.

TRAMARIM, E. Período da história do Brasil conhecido como os “anos de chumbo”. Câmara dos Deputados, Brasília, sem ano. Disponível em: <[clique aqui](#)>

TATAGIBA, A, F; JUBÉ, C, L. Direito à Educação da População em Situação de Rua e a Implementação de Políticas Públicas. Revista de Graduação UNIGOIÁS. Ano 2. n° 2. 2021.

TIENGO, V, M. O fenômeno população em situação de rua enquanto fruto do capitalismo. Textos & Contextos, v. 17, n° 1. Porto Alegre, 2018.

TRINDADE, S, L, B. Constituição de 1891: as limitações da cidadania na República Velha. Revista da FARN, Natal. v. 3, n° 1/2 . P. 175 - 189. Jun. 2004.

TORRES, J, P; GARCIA, L, R, S; FERREIRA, J, M. A saúde pública na esfera neoliberal e as implicações para o Assistente Social. Anais do 16° Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2018.

TEIXEIRA, F, E, B. Todo camburão tem um pouco de navio negreiro: reflexões acerca do racismo e violência policial. X Jornada Internacional de Políticas Públicas, UECE, 2021.

VALLE, F, A, A, L; FARAH B, F. A Saúde de Quem está em Situação de Rua: (in)visibilidade no Acesso ao Sistema Único de Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 30(2), e300226, 2020.

VIEIRA, R. A Constituição de 1891 e o laboratório jurídico-político Brasileiro do Estado de Sítio. História Constitucional, n° 12. Setembro, 2011. p. 327-349, Universidade de Oviedo, Espanha.

VARGAS, Era. Era Vargas. Colégio Trilíngüe Inovação Rua Mato Grosso 420-E Fone/Fax:(49) 3322.4422 Chapecó–Santa Catarina CEP. 89801-600, v. 89801, p. 2.

VALLE, F, A, A, L; FARAH, B, F; JUNIOR, N, C. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 44, N. 124, P. 182-192, JAN-MAR 2020