

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

LAÍS CAROLINE NEVES

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À SAÚDE:
análise sobre a Estratégia Consultório na Rua no contexto pandêmico**

FRANCA/SP

2023

LAÍS CAROLINE NEVES

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À SAÚDE:
análise sobre a Estratégia Consultório na Rua no contexto pandêmico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS), para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social.

Linha de pesquisa: Estado, Políticas Sociais e Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni

FRANCA/SP

2023

N518p

Neves, Laís Caroline

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À
SAÚDE : análise sobre a Estratégia Consultório na Rua no contexto
pandêmico / Laís Caroline Neves. -- Franca, 2023
240 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp),
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca

Orientadora: Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni

1. População em Situação de Rua. 2. Política de Saúde. 3. Pandemia
da COVID-19. 4. Consultório na Rua. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de
Ciências Humanas e Sociais, Franca. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

IMPACTO POTENCIAL DESTA PESQUISA

Espera-se com esta pesquisa apresentar reflexões acerca da importância dos serviços de saúde voltados à População em Situação de Rua e contribuir com o debate sobre o acesso desse segmento à política de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de que sejam fortalecidas ações intersetoriais que visem à integralidade do cuidado. Essa aspiração dialoga com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (agenda 2030 no Brasil) da promoção de saúde e bem-estar a todos os povos, de modo que seja assegurada e efetivada a cobertura universal de um sistema de Saúde público, gratuito, de qualidade e devidamente financiado.

POTENTIAL IMPACT OF THIS RESEARCH

It is hoped that this research will present reflections on the importance of health services aimed at the Homeless Population and contribute to the debate on this segment's access to health policy, within the scope of the Unified Health System (SUS), in order to that intersectoral actions aimed at comprehensive care be strengthened. This aspiration dialogues with the Sustainable Development Goals (Agenda 2030 in Brazil) of the promotion of Health and well-being for all peoples, so that universal coverage of a public Health system, free of charge, with quality and duly funded.

LAÍS CAROLINE NEVES

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À SAÚDE: análise sobre a
estratégia consultório na rua no contexto pandêmico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS), para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Estado, Políticas Sociais e Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni.
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

1ª Examinadora Titular: Prof.^a Dr.^a Fernanda de Oliveira Sarreta (Unesp/Franca)
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2ª Examinadora Titular: Prof.^a Dr.^a Rosana Freitas Arantes
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM/ Uberaba)

Franca/SP, 15 de setembro de 2023.

*Dedico este estudo às mulheres e aos homens
participantes desta pesquisa, e à Equipe do Consultório
na Rua do município de Franca/SP.*

AGRADECIMENTOS

Sou grata à vida pela riqueza dos encontros que fortalecem a caminhada. O caminho nem sempre é fácil, mas torna-se mais leve quando compartilhado e vivido ao lado de pessoas que trazem vitalidade e sentido para a nossa existência.

Agradeço ao apoio, afeto e amor incondicional da minha família durante esse processo de dedicação aos estudos. Aos meus pais Eva e Sérgio, que não mediram esforços durante toda a minha vida para que mesmo na simplicidade eu pudesse ter acesso a uma educação de qualidade. Obrigada por acreditarem e confiarem nos meus sonhos e por viverem cada um deles ao meu lado. Vocês são a minha maior fonte de inspiração e força. A minha mãe, que é aconchego, luz e amor incondicional, aquela que transborda cuidado e proteção, que nos finais de semana de estudo batia no meu portão de forma inesperada, trazendo o melhor aconchego, receitas preparadas com carinho e dedicação, verdadeiros momentos de abraço na alma, combustível inesgotável de força.

Sou grata aos meus irmãos Tatiele e Mateus. A existência de vocês me fortalece. Aos meus queridos sobrinhos Felipe e Thales e ao meu afilhado Lucas, que é alegria contagiante e luz da minha vida.

Ao meu esposo Matheus, que esteve comigo durante toda a caminhada, obrigada pelo carinho, cuidado, paciência e compreensão nos momentos em que precisei estar ausente.

Agradeço à minha avó Guiomar, que tanto me ensina sobre a preciosidade da vida com seus 94 anos repletos de lucidez e vontade de viver. À minha avó Maria, que recentemente nos deixou, mas que gravou em nós a perseverança e o afeto.

Sou grata aos colegas de trabalho pelo incentivo e carinho, e a coordenação do Ambulatório de Saúde Mental de Serrana/SP, que por vezes atendeu às minhas solicitações de mudanças de horário para que pudesse participar das aulas e atividades do Mestrado.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Andréia Liporoni, que me acompanha desde a graduação com muito carinho e dedicação. Obrigada por confiar neste projeto de pesquisa, por todos os conhecimentos compartilhados e por sempre incentivar aos melhores caminhos do conhecimento.

Agradeço aos colegas do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Participação nas Políticas Sociais (Gepapos) pelos encontros que, mais do que estudos sobre temáticas relevantes e

atuais, significaram momentos de respiro e vitalidade. Sou grata por todos os conhecimentos compartilhados.

Agradeço ao Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social (QUAVISSS), por conceder espaço para estudos e pesquisas sobre a População em Situação de Rua e pela realização de eventos que envolveram a temática, proporcionando encontros essenciais e debates importantes que enriqueceram o processo desta pesquisa.

A Unesp-Franca e ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, instituição que me possibilitou importantes vivências e momentos de crescimento desde a Graduação, com o apoio e a condução de professores de excelência.

Por fim, agradeço de forma especial aos participantes desta pesquisa, às Mulheres e aos Homens em situação de rua que lidam cotidianamente com as inúmeras opressões e encontram forças para (R)existir.

Ressoam as trajetórias das vidas nas Ruas

A voz que não cala ecoa
Atinge, aflige, denuncia
É presença marginalizada e desnuda,
Por mais que o desejo seja esconder,
recolher, expulsar ou calar, ressoa.
Ecoa a vida na rua, a ausência de moradia,
a falta de acesso à saúde, educação, saneamento básico.
Reverbera a invisível face, atormenta...
Ecoa nas inquietações dos que se indignam com as injustiças,
Ressoa diante da torpe visão dos que se incomodam, não com as vidas,
Mas com uma higienização imunda,
que deseja limpar as cidades das barbáries que o próprio sistema gera.
Não há como tornar invisíveis as vidas e narrativas que ecoam nas ruas...
A questão social não sussurra, escancara as misérias.
Não há como calar as vidas que ecoam,
gritam nas ruas, nos viadutos, nas marquises,
nos centros urbanos e vão continuar ecoando por todo canto,
enquanto as perversidades desse sistema econômico perdurar, vão ressoar...

NEVES, Laís Caroline. **POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À SAÚDE: análise sobre a Estratégia Consultório na Rua no contexto pandêmico**. 240 fls. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca/SP, 2023.

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo geral identificar as ações integrais em saúde desenvolvidas pelo Consultório na Rua no município de Franca/SP, para o acesso da População em Situação de Rua ao direito à saúde, considerando as particularidades do contexto pandêmico. Para alcançar o cerne da pesquisa, o estudo tem como objetivos específicos estudar a determinação social das condições de saúde. Além disso, busca compreender o histórico acesso das pessoas em situação de rua aos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde e refletir acerca das ações intersetoriais desenvolvidas no território do município de Franca/SP, para a atenção à saúde dessa população, em consonância com o que dispõe a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Sabe-se que a precariedade e a insalubridade da vivência nas ruas expõem a inúmeros riscos e agravos à saúde e à qualidade de vida, o que requer políticas específicas orientadas a esse segmento. A metodologia está alicerçada em estudos bibliográficos a partir de autores que discutem a temática e que dialogam com o referencial teórico-crítico do Serviço Social, pesquisa documental por meio de legislações e censos da População em Situação de Rua, além da utilização da base de dados do Governo Federal de Consulta, Seleção e Extração de Informações do Cadastro Único. Utilizou-se a Pesquisa de Opinião intitulada “Trabalhadoras (es) das ruas”, que se desenvolveu a partir da aplicação de questionário estruturado elaborado através do *google forms* e direcionado aos participantes do “1º Fórum Nacional de Trabalhadoras e Trabalhadores do Consultório na Rua e 2ª Celebração Lutas e Resistências: 10 anos da Estratégia Consultório na Rua”, realizado em agosto de 2022, com a proposta de conhecer as ações desenvolvidas por diferentes equipes de Consultório na Rua, na pandemia. A Pesquisa de Campo teve como cenário o Consultório na Rua do município de Franca/SP, a partir da realização de entrevistas com a aplicação de questionários semiestruturados com a equipe e com a População em Situação de Rua, visando identificar, a partir da fala dos profissionais e usuárias (os), as ações integrais em saúde realizadas e os impactos da pandemia da Covid-19. A presente pesquisa se estrutura sob uma abordagem de análise qualitativa e com fundamentação teórico-metodológica na perspectiva crítica do materialismo histórico dialético. Identifica-se dentre os impactos da pandemia o aumento de pessoas em situação de rua, em decorrência do aprofundamento das expressões da “questão social”. Os protocolos e ações emergenciais direcionadas à População em Situação de Rua na Pandemia foram insuficientes para garantir proteção social. Ademais, o cenário pandêmico evidenciou a necessidade do fortalecimento político da perspectiva intersetorial na condução das políticas públicas, do mesmo modo que a integralidade do cuidado em saúde demanda o acesso a um conjunto integrado de direitos sociais.

Palavras-chave: População em Situação de Rua; Política de Saúde; Pandemia da Covid-19; Consultório na Rua.

ABSTRACT

The present research has the general objective of identifying the integral actions in Health developed by the Mobile Clinics in the city of Franca/SP, for the access of the Homeless Population to the right to Health, considering the particularities of the pandemic context. To reach the core of the research, the study has the specific objectives of studying social determinations and their repercussions on the health-disease process. In addition, it seeks to understand the historical access of this population to services within the scope of the Unified Health System and to reflect on the intersectoral actions developed in the territory of the municipality of Franca/SP, for the health care of people living on the streets, in line with the provisions of the National Policy for the Homeless Population. It is known that the precariousness and unhealthiness of living on the streets exposes people to numerous risks and harms to health and quality of life, which requires specific policies aimed at this segment. The methodology is based on bibliographical studies from authors who discuss the theme and who dialogue with the theoretical-critical framework of Social Work, documentary research through legislation and censuses of the Homeless Population, in addition to the use of the database of the Federal Government for Consultation, Selection and Extraction of Information from the Single Registry. An Opinion Survey entitled “Street Workers” was used, which was developed from the application of a structured questionnaire prepared through google forms and directed to the participants of the “1st National Forum of Workers and Workers of the Office on the Street and 2nd Struggle and Resistance Celebration: 10 years of the Street Office Strategy”, held in August 2022, with the proposal to learn about the actions developed by different teams of the Street Office, in the pandemic. And the Field Research had as scenario the Office on the Street of the city of Franca/SP, from the realization of interviews with the application of semi-structured questionnaires with the team and with the Population in Street Situation, with the purpose of identifying from the speech of professionals and users the integral health actions developed and the impacts of the Covid-19 Pandemic. The present research is structured under a qualitative analysis approach and with theoretical-methodological foundation in the critical perspective of dialectical historical materialism. Among the impacts of the pandemic, the increase in homeless people is identified, as a result of the deepening of expressions of the “social issue”. Emergency protocols and actions aimed at the homeless population during the pandemic were insufficient to guarantee social protection. Furthermore, the pandemic scenario highlighted the need for political strengthening of an intersectoral perspective in the conduct of public policies, in the same way that comprehensive health care requires access to a set of social rights.

Keywords: Homeless Population; Health Policy; Covid-19 Pandemic; Mobile Clinic.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de pessoas em situação de Rua por Grande Região (2012-2022).....	67
Quadro 2 - Estimativa populacional para a Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19- 2021 e ordenamento dos grupos prioritários.	135
Quadro 3 - Percepção dos participantes da pesquisa em relação à atenção à saúde da PSR.	141
Quadro 4 - Regiões, Estados e Municípios das(os) Trabalhadoras(es) das Equipes de Consultório na Rua participantes da Pesquisa de Opinião	145
Quadro 5 - Ações Intra e Intersetoriais realizadas pelas Equipes de Consultório na Rua, segundo os participantes da pesquisa de opinião.....	150
Quadro 6 - Desafios no cotidiano de trabalho das Equipes de Consultório na Rua, conforme a percepção dos participantes da Pesquisa de Opinião.....	151
Quadro 7 - Protocolos Emergenciais adotados pelos municípios para atenção à PSR na pandemia, conforme a percepção dos participantes da Pesquisa de Opinião.....	153
Quadro 8 - Realização da vacinação da PSR, conforme a observação das(os) participantes da pesquisa.	155
Quadro 9 - Serviços Socioassistenciais de Atendimento à População em Situação de Rua no município de Franca, por complexidade.....	166
Quadro 10 - Rede de Saúde de Franca/SP, conforme Plano Municipal de Saúde (2022-2025)	174
Quadro 11 - Organização dos locais de atendimento do Consultório na Rua de Franca por regiões e semanas (janeiro/2023).	177
Quadro 12 - Perfil das Pessoas em Situação de Rua participantes da pesquisa de campo....	180
Quadro 13 - Condições de Saúde informada pelas(os) participantes da pesquisa e relação com o uso de medicações e tratamentos contínuos.	189
Quadro 14 - Relação da quantidade de doses da vacina contra a Covid-19 recebidas pela População em Situação de Rua, participantes da pesquisa de campo (jan. 2023).....	199

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de Pessoas em Situação de Rua cadastradas no CadÚnico ou com Cadastro atualizado em Centros POP	67
Gráfico 2 - População em Situação de Rua no Brasil inserida no Cadastro Único, por sexo. 69	
Gráfico 3 - Pessoas em Situação Rua inseridas no Cadastro Único por raça ou cor.	71
Gráfico 4 - Escolaridade das Pessoas em Situação de Rua inseridas no Cadastro Único.	72
Gráfico 5 - Orçamento Federal Executado (pago) em 2022 = R\$ 4,060 trilhões.	123
Gráfico 6 - Categorias Participantes da Pesquisa de Opinião.	140
Gráfico 7 - Escolaridade dos participantes da Pesquisa de Opinião.	141
Gráfico 8 - Trabalhadoras(es) participantes da Pesquisa de Opinião, por modalidade de eCR em que atuam.	146
Gráfico 9 - Equipes de Consultório na Rua: vinculação por Departamento.	148
Gráfico 10 - Frequência com que realizam ações de Redução de Danos, pela percepção dos participantes da pesquisa.	149
Gráfico 11 - Distribuição de Insumos de Redução de Danos.	150
Gráfico 12 - Materiais de Proteção à Covid-19 disponibilizados para a PSR.	154
Gráfico 13 - Impactos da pandemia de Covid-19 para a PSR	156
Gráfico 14 - Famílias em Situação de Rua inseridas no Cadastro Único em Franca/SP (2019-2022).	160
Gráfico 15 - Pessoas em Situação de Rua inseridas no Cadastro Único por sexo em Franca/SP (2023).	162
Gráfico 16 - Pessoas em Situação Rua inseridas no Cadastro Único por Raça/Cor em Franca/SP (2023).	163
Gráfico 17 - Pessoas em Situação Rua inseridas no Cadastro Único por grau de instrução em Franca/SP (2023).	164

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População em Situação de Rua inserida no Cadastro Único de acordo com faixa etária.	70
Tabela 2 - Participantes da Pesquisa de Opinião Região Sudeste	139
Tabela 3 - Participantes da Pesquisa de Opinião Região Norte.....	139
Tabela 4 - Participantes da Pesquisa de Opinião Região Nordeste	139
Tabela 5 - Participantes da Pesquisa de Opinião Região Sul	140
Tabela 6 - Municípios no Brasil: classificação de porte por número de habitantes.	144
Tabela 7 - Categorias profissionais que compõem as eCRs, de acordo com a Pesquisa de Opinião.	146
Tabela 8 - População em Situação de Rua inserida no Cadastro Único de acordo com faixa etária em Franca/SP (2023)	162

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALAMES	Associação Latino-Americana de Medicina Social
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CECAD	Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico
CENTRO POP	Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
CnR	Consultório na Rua
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	Coronavírus <i>disease</i> 2019
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
eCR	Equipe Consultório na Rua
EIV	Estudo de Impacto de Vizinhaça
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional

ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FMI	Fundo Monetário Internacional
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LBA	Legião Brasileira de Assistência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MNPR	Movimento Nacional da População de Rua
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NRF	Novo Regime Fiscal
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organização Social
OSC	Organização da Sociedade Civil
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PDRE	Plano Diretor de Reforma do Estado
PDS	Partido Democrático Social
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PENAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PIB	Produto Interno Bruto
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAS	Política Nacional de Assistência Social

PNPR	Política Nacional para População em Situação de Rua
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PP	Partido Popular
PSF	Programa Saúde da Família
PSR	População em Situação de Rua
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SEDAS	Secretaria de Ação Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDN	União Democrática Nacional
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20	
PERCURSO METODOLÓGICO	24	
CAPÍTULO 1 FUNDAMENTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DO FENÔMENO		
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	28	
1.1 Desenvolvimento do capitalismo, mundo do trabalho e acirramento da “questão social”	28	
1.2 Particularidades históricas da “questão social” no Brasil: capitalismo dependente .	40	
1.3 População em Situação de Rua no Brasil	59	
CAPÍTULO 2 DIREITO À SAÚDE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		73
2.1 Perspectiva histórica da Proteção Social	73	
2.2 Política Social no Brasil.....	82	
2.3 Política de Saúde no Brasil	95	
2.4 Determinação Social da saúde e população em situação de rua	98	
2.5 Concepção de território e acesso à política de saúde	103	
2.6 Consultório na Rua: estratégia de cuidado	109	
2.7 Ultraneoliberalismo e Neoconservadorismo: consequências para a População em Situação de Rua e para a efetivação do direito à Saúde	115	
CAPÍTULO 3 ESTRATÉGIA CONSULTÓRIO NA RUA EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19.....		125
3.1 Crise Econômica e Sanitária: agravamento do fenômeno população em situação de rua	125	
3.2 Ações desenvolvidas para a população em situação de rua na pandemia.....	131	
3.3 Estratégia Consultório na Rua: análise da Pesquisa de Opinião	137	
3.3.1 Perfil geral dos participantes da Pesquisa de Opinião	139	
3.3.2 Pesquisa de Opinião com as (os) trabalhadoras (es) da Estratégia Consultório na Rua	144	
3.3.3 Percepção das (os) trabalhadoras (es) sobre o cenário da pandemia de Covid-19	153	
CAPÍTULO 4 SITUAÇÃO DE RUA: narrativas e vivências na Pandemia da COVID-19		158
4.1 Universo da Pesquisa: Franca/SP	158	
4.2 População em Situação de Rua em Franca/SP	160	
4.3 Estratégia Consultório na Rua de Franca: cenário da pesquisa de campo.....	173	
4.4 Histórias entrelaçadas: vínculos, afetos e encontros	178	
4.4.1 Acesso ao direito à saúde	189	
4.4.2 Mulher em Situação de Rua e violência: uma questão de Saúde Pública	202	
4.4.3 Intersetorialidade das Políticas Públicas como estratégia de cuidado em saúde.....	207	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....		212

REFERÊNCIAS	218
APÊNDICES	234
Apêndice A: Roteiro de entrevistas com População em Situação de Rua.....	234
Apêndice B: Roteiro de entrevistas com equipe do Consultório na Rua.....	235
ANEXOS	236
Anexo A: Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)	236
Anexo B: Autorização para Realização da Pesquisa de Campo	237
Anexo C: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	238

INTRODUÇÃO

A presente dissertação aborda reflexões quanto ao acesso da população em situação de rua ao direito à saúde, considerando o Consultório na Rua (CnR) como uma importante estratégia de cuidado.

As inquietações que propiciaram a realização deste estudo se deram a partir da aproximação da pesquisadora com o fenômeno população em situação de rua, ainda no campo de estágio supervisionado, durante a Graduação em Serviço Social que resultou no Trabalho de Conclusão de Curso “Estudo acerca das políticas de atenção à população em situação de rua no município de Franca/SP”. Posteriormente, a atuação profissional da pesquisadora no âmbito da Saúde Mental aproximou-a da política de saúde e desse segmento populacional, e trouxe elementos substanciais que demandaram o aprofundamento teórico e reflexivo que sustenta a problemática norteadora do estudo: a saúde é regulamentada enquanto política de Seguridade Social, de acesso universal, no entanto, é necessário refletir por que determinados segmentos encontram obstáculos para o acesso a esse direito social fundamental.

Considerando essa premissa, a pesquisa tem como objetivo geral identificar as ações integrais em saúde desenvolvidas pelo Consultório na Rua no município de Franca/SP, para o acesso da População em Situação de Rua ao direito à Saúde, no SUS, considerando as particularidades do contexto pandêmico. E, como objetivos específicos: estudar a determinação social das condições de saúde dessa população; compreender o histórico acesso aos serviços de saúde e a articulação do CnR com os demais serviços da rede, a fim de observar como se dão na prática as ações intersetoriais no território, em consonância com o que dispõe a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR/2009).

O presente estudo utiliza a expressão “População em Situação de Rua”, que difere historicamente de outras categorias pejorativas que estigmatizam esse agrupamento, como “mendigos, pedintes, vagabundos, drogados, viciados, loucos” ou “moradores de rua”. Concorde-se com Rodrigues e Fernandes (2020) que, quando se utiliza o termo mendigo, tem-se um reducionismo, uma vez que a mendicância – o exercício de pedir “esmolas”, “doações” – não é praticada por todas as pessoas que estão nas ruas e mesmo que se exerça a prática, a pessoa não deve ser reduzida a essa condição.

Outra categoria atribuída a esse segmento consiste em nomeá-los como “desabrigados” ou “sem-teto”, dado que a ausência de moradia convencional regular é um dos

direitos sociais violados que permeiam o fenômeno, mas não o único; existem outras privações estruturais de condições econômicas, sociais e culturais.

O reducionismo pejorativo também os coloca como “drogados” ou “viciados” e aponta para duas premissas: a primeira é que nem todas as pessoas que estão em situação de rua fazem uso de substâncias psicoativas; a segunda é que o uso de drogas lícitas e ilícitas não é uma exclusividade desse segmento. Como observa Silva (2009), o uso de substâncias psicoativas se coloca muito mais como uma estratégia de subsistência que auxilia no processo de alienação e serve como um anestésico para lidar com os sofrimentos das ruas, do que propriamente como uma característica ou condição que define essa população.

Atualmente, outras terminologias são utilizadas, a exemplo de “população em situação de rua”, “pessoas em situação de rua”, o que evidencia as mudanças diante do desenvolvimento no campo intelectual de pesquisas e estudos e do trato político desse fenômeno social, que aponta para outras perspectivas de análise e considera a situação e condição de rua enquanto fenômeno produzido e reproduzido socialmente na sociedade capitalista.

Rodrigues et al. chamam a atenção para a distinção do termo morador de rua e pessoa em situação de rua. Considera-se na caracterização de morador de rua o universo de pernoite nas ruas; já a concepção de situação de rua amplia esse agrupamento e inclui os sujeitos que têm uma relação oscilante entre moradia, mesmo que irregular, e a rua. “Quebra-se, portanto, a noção de que apenas quem dorme e mora nas ruas possui a relação de pauperismo e marginalidade estabelecida no contexto urbano” (Rodrigues et al., 2020, p. 39).

Para Silva (2009, p. 29), a expressão “População em Situação de Rua” é a mais apropriada para designar uma situação ou condição social que não depende apenas de aspectos subjetivos, ou seja, que não está vinculada à condição humana, ao desejo daqueles que a vivenciam, mas diz respeito a uma situação e condição que resulta do próprio sistema capitalista, fenômeno gerado no processo de acumulação do capital, que gera uma superpopulação relativa.

O primeiro capítulo desse estudo, intitulado **“Fundamentos sócio-históricos do fenômeno população em situação de rua”**, apresenta os fundamentos históricos, políticos, sociais e econômicos que contribuíram para a gênese e o aumento de pessoas em situação de rua. Traz a discussão do pauperismo, com base nos estudos de Marx (2013), bem como as mudanças operadas no mundo do trabalho e o consequente acirramento da “questão social”, que se particulariza na realidade brasileira, dadas as relações econômicas de um país latino-

americano de economia dependente. Apresentam-se as características do fenômeno população em situação de rua no Brasil, com base nos dados do Cadastro Único.

O segundo capítulo, **“Direito à Saúde e população em situação de rua”**, expõe o histórico das políticas sociais e a regulamentação da seguridade social brasileira, analisando de modo específico a política de saúde e as lutas sociais que propiciaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta a reflexão acerca das determinações sociais que impactam na Saúde da população em situação de rua e o acesso desse segmento à política de saúde, assim como a discussão sobre as ações desenvolvidas pela rede de Atenção Básica no que se refere à promoção da Saúde da PSR, com destaque para o objeto da dissertação: o equipamento Consultório na Rua, que integra a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como serviço específico para o cuidado em Saúde direcionado à PSR. A análise das políticas sociais demanda a reflexão sobre a política econômica, desse modo, o capítulo também salienta o adensamento das políticas neoliberais dos governos brasileiros desde a década 1990 e os reflexos para a política de Saúde e para a população em situação de rua.

O terceiro capítulo, **“Estratégia Consultório na Rua em tempos de Covid-19”**, discute o cenário pandêmico atrelado à crise econômica que já estava em curso e os rebatimentos para a PSR e os serviços e políticas sociais. Ademais, expõe os dados da pesquisa de opinião acerca da percepção das (os) trabalhadores (as) dos CnRs sobre o cenário de pandemia. Considera-se que pesquisar na atualidade demanda situar a crise sanitária atrelada à crise econômica.

O quarto capítulo, **“Estratégia Consultório na Rua e População em Situação de Rua de Franca/SP”**, aborda de forma mais específica a realidade da cidade de Franca/SP, apresenta as características do município e os dados coletados na pesquisa de campo, ressalta as ações integrais em saúde desenvolvidas pelo Consultório na Rua e os principais desafios e potencialidades do trabalho intra e intersetorial, na perspectiva de possibilitar maior proteção social e atenção à saúde da população em situação de rua, considerando o contexto pandêmico.

Observa-se com o presente estudo que dentre os impactos observados na conjuntura da pandemia, está o aumento de pessoas em situação de rua, em decorrência do aprofundamento das expressões da “questão social”. Além disso, os protocolos emergenciais e as ações temporárias na Pandemia foram insuficientes para garantir proteção social e cuidado a essa população, realidade que já estava em curso antes mesmo do cenário pandêmico, haja vista o desmonte das políticas públicas. Sabe-se que as PSR já sofriam com tantos outros agravos em

saúde, com os quais não tinham acesso ou continuidade ao tratamento necessário.

Depreende-se que o Consultório na Rua é uma importante estratégia de cuidado, porta de entrada para a PSR aos serviços de saúde, de modo que as pessoas possam circular por todos os serviços e pontos de atenção. Assegurar uma atenção integral à saúde não é tarefa de um único serviço ou política, a integralidade do cuidado envolve garantir não só o acesso à saúde, mas que a pessoa possa ter uma moradia segura para onde voltar, um local adequado de repouso, condições de preparar uma alimentação saudável, de ter acesso ao alimento, desse modo, garantir atenção integral em saúde é garantir condições e acesso a um conjunto articulado e integrado de direitos sociais, o que se encontra na direção contrária frente a ordem societária vigente.

PERCURSO METODOLÓGICO

No que se refere ao caminho metodológico, trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, fundamentada no método materialista histórico dialético, que permitiu aproximações sucessivas com o objeto de estudo, considerando como movimento permanente. Prates (2016, p. 71) leva em conta que para analisar a realidade a partir da perspectiva dialética, é necessário considerá-la “[...] como processo e provisoriamente, portanto, como negação permanente dos estados, formas e fenômenos [...]”. A realidade é, portanto, dinâmica e contraditória.

Essa autora considera o uso do método dialético como um ato político:

A opção pelo método dialético crítico de inspiração marxiana é, portanto, uma opção política, que se pauta pelo reconhecimento de que a ciência não é neutra e suas posições defendem interesses que privilegiam a dominação de alguns, seja pela via econômica, de subjugação, de poder, de sedução, de acesso ou não a informação, acesso ou não a riqueza socialmente produzida, ou de todos esses elementos articulados, tendo como contraponto a defesa de novas formas de sociabilidade que têm na emancipação humana sua finalidade. (Prates, 2016, p. 72).

A escolha do método materialista histórico dialético supõe um posicionamento ético e político, consolidando uma reflexão crítica da realidade social. Conforme Kosik (2002) é necessário ultrapassar o mundo da pseudoconcreticidade para chegar mais próximo do movimento do real, uma vez que a realidade é dinâmica, mutável, complexa e está em permanente construção.

Sabe-se que as determinações sociais da saúde da população em situação de rua, consideradas a partir de uma perspectiva crítica, histórica e dialética, expressam os impactos do processo de produção e reprodução do capital, uma vez que as desigualdades sociais geradas no interior da sociedade capitalista têm rebatimentos na saúde. Para Nogueira (2011), utilizar a dimensão crítica da teoria social de Marx possibilita analisar as condições de saúde e relacioná-las com os componentes estruturais da sociedade capitalista.

Para atingir os objetivos pretendidos, foram realizados estudos bibliográficos, pesquisa documental nas bases de dados do Governo Federal, pesquisa de opinião e pesquisa de campo. O referencial teórico utilizado tem como base autores que estudam a temática e dialogam com o referencial teórico-metodológico do Serviço Social. Foram usados como recursos: livros, teses, dissertações e artigos.

Para a análise histórica acerca do pauperismo, do avanço do capitalismo, mudanças mundo do trabalho, acirramento da “questão social” e a relação com a população em situação

de rua, foram utilizados autores como Antunes (2022), Engels (2008), Marx (2013), Silva (2009), Soares (2012). Também se discutiu sobre a teoria da dependência para a compreensão das particularidades do capitalismo no Brasil, referenciada em Florestan Fernandes (2013) e Rui Mauro Marini (2013).

A pesquisa documental foi realizada a partir das legislações vigentes acerca da temática, com base na análise do Plano Municipal de Saúde do município de Franca/SP, da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/90, do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua no Brasil, da Portaria nº 3.305/2009, que institui o Comitê Técnico de Saúde para a população em situação de rua, da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que regulamentou os Consultórios na Rua (CnR), da Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, que define as diretrizes para o funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, bem como de censos demográficos da população em situação de rua.

Além disso, foi utilizada a base de dados do Governo Federal Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico (CECAD), que possibilitou o levantamento do quantitativo de pessoas em situação de rua inseridas no Cadastro Único, bem como auxiliou na sistematização do perfil sociodemográfico, trazendo relevantes elementos para a reflexão.

O estudo apresenta os dados obtidos na pesquisa de opinião pública intitulada “Trabalhadoras(es) das Ruas”, que compõe os objetivos da presente Dissertação e da pesquisa “O Serviço Social e a Saúde da População em Situação de Rua: análise da primeira década da Estratégia Consultório na Rua”, da doutoranda Elaine Teixeira Alves dos Santos, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Fernanda de Oliveira Sarreta. Foi elaborado pelas referidas pesquisadoras um questionário na plataforma *google forms*, direcionado às/aos participantes do Evento “1º Fórum Nacional de Trabalhadoras e Trabalhadores do Consultório na Rua e 2ª Celebração Lutas e Resistências: 10 anos da Estratégia Consultório na Rua”, que ocorreu nos dias 30 e 31 de agosto de 2022.

Os dados da pesquisa de opinião têm como proposta apresentar um panorama mais amplo da Estratégia Consultório na Rua e se divide em três momentos de reflexão: o primeiro aborda a composição e a organização das equipes de Consultórios na Rua em diversas localidades do Brasil; o segundo expõe as ações integrais em saúde desenvolvidas e os desafios e potencialidades no cotidiano de trabalho; e o terceiro apresenta a percepção das (os) trabalhadoras (es) em relação aos desafios e mudanças decorrentes da pandemia da Covid-19.

Já a pesquisa de campo apresenta dados específicos do Consultório na Rua do município de Franca/SP. Foi utilizada como técnica a entrevista semiestruturada realizada com pessoas em situação de rua e com os profissionais que compõem a equipe do CnR, a partir da autorização da Secretaria de Saúde do município (ANEXO B).

A pesquisa de campo só foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética da Faculdade Ciências Humanas e Sociais, Unesp *Campus* de Franca, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE 60912122.0.0000.5408 – Parecer 5.672.311) (ANEXO C).

A escolha dos participantes da pesquisa se deu mediante a apresentação para a equipe do Consultório na Rua das propostas do referido estudo. As profissionais auxiliaram no contato e abordagem e na escolha de duas regiões de maior circulação da população no município de Franca/SP: região Vila Formosa e Estação. Os critérios de escolha se basearam em pessoas adultas em situação de rua (com 18 anos ou mais), há três anos ou mais em situação de rua no município de Franca/SP e que vivenciaram a situação de rua nos anos 2020-2021 (no contexto de pandemia da Covid-19). Participaram da pesquisa onze pessoas em situação de rua: seis do sexo feminino e cinco do sexo masculino.

As entrevistas seguiram um questionário semiestruturado que se dividiu em quatro eixos centrais: o primeiro, identificação: idade, naturalidade, escolaridade, sexo, gênero, orientação sexual, cor/raça, inserção no mercado de trabalho; o segundo, vivências nas ruas: principais motivos que conduziram à situação de rua, vínculos familiares e afetos; o terceiro, condições de saúde e acesso aos serviços do SUS; e o quarto: a vivência nas ruas no contexto de pandemia, conforme consta no roteiro (APÊNDICE A).

Participaram da pesquisa cinco profissionais da equipe do Consultório na Rua de Franca/SP. As entrevistas seguiram também um roteiro semiestruturado, norteado por quatro elementos centrais: identificação (formação, cargo, tipo de vínculo empregatício e tempo de atuação no CnR); ações desenvolvidas na equipe e objetivo do trabalho do CnR; quais ações intra e intersetoriais são realizadas no sentido de possibilitar o acesso da PSR à política de saúde; e a percepção das (os) profissionais em relação aos impactos da pandemia no cotidiano de trabalho e para a população atendida (APÊNDICE B).

Todas as entrevistas realizadas foram gravadas e transcritas na íntegra, mediante a assinatura pelas (os) entrevistadas (os) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A). Além da gravação, foram utilizados pela pesquisadora as anotações e

os registros realizados em diário de campo das observações suscitadas no processo da pesquisa, os quais serão objeto de reflexão do presente estudo.

Conforme Severino (2007, p. 123), a pesquisa de campo permite que a coleta de dados seja realizada nas condições naturais em que os fenômenos ocorrem e permite desde os levantamentos mais descritivos até os estudos mais analíticos.

A realização da pesquisa de campo possibilitou o acompanhamento da rotina e a observação das relações sociais que compõem o cotidiano do Consultório na Rua, de modo que contribui para a compreensão das dimensões que interatuam com o fenômeno população em situação de rua e o acesso à política de saúde no município de Franca/SP.

CAPÍTULO 1 FUNDAMENTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DO FENÔMENO POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

[...] quanto maior forem as camadas lazarentas da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior será o pauperismo oficial. Essa é a lei geral, absoluta, da acumulação capitalista. (Marx, 2013, p. 875).

1.1 Desenvolvimento do capitalismo, mundo do trabalho e acirramento da questão social

Para compreender os fundamentos sócio-históricos do fenômeno População em Situação de Rua (PSR), faz-se necessário discutir o conceito de “questão social”, uma vez que o presente estudo considera a PSR como expressão radical da questão social. Considera-se a concepção abordada por Santos (2012), que coloca a “questão social” como expressão das desigualdades sociais oriundas do sistema capitalista. Desse modo, é importante identificar as conexões essenciais que permeiam o conceito, com destaque para os fundamentos econômicos e históricos. Tal perspectiva oferece as bases para a não naturalização de suas diversas expressões.

Com o propósito de aprofundar o debate, cumpre realizar um resgate histórico do desenvolvimento do capitalismo e de como se desenvolveu o processo de “acumulação primitiva do capital”, bem como das principais mudanças sociais, políticas, econômicas e históricas que propiciaram a expansão e a consolidação do modo de produção capitalista. Essa análise é necessária, pois o capítulo se propõe a discutir a articulação do desenvolvimento do capitalismo com a expansão da “questão social” e, conseqüentemente, com a expansão do fenômeno População em Situação de Rua.

Para conceituar a “questão social”, é fundamental considerar sua gênese, a fim de discutir os elementos centrais e os fundamentos desse conceito, a partir de uma reflexão teórico-crítica fundamentada na perspectiva marxiana. A reflexão se inicia com a compreensão do processo denominado por Marx (2013) de acumulação primitiva e dos desdobramentos que reverberaram no pauperismo, acentuado pela lei geral da acumulação capitalista, que fundamenta a sociedade de classes e abre espaço para as relações de produção que manifestam de maneira intrínseca as diversas expressões da questão social.

Conforme Santos (2012), o processo de acumulação primitiva tem início na Inglaterra, entre os séculos XV e XVI, caracterizado pela expropriação dos camponeses das suas terras. Trata-se da iniciativa que possibilitou a organização de um novo modo de produção.

No entanto, devemos lembrar que, nesse momento, o acesso à terra por parte dos camponeses supria suas necessidades de modo que era preciso apartá-los desses meios de produção para que estivessem dispostos a trabalhar em troca de um salário. (Santos, 2012, p. 32).

A expropriação das terras e dos meios de produzir conduziu um grande número de trabalhadores disponíveis para atender às demandas de outro modo de produção. Essa foi a primeira forma histórica que possibilitou a expansão do sistema capitalista.

Martinelli (2005) analisa que a própria complexidade inserida na dinâmica do modo de produção capitalista torna difícil construir uma história linear do surgimento do capitalismo. Todavia, aponta como início do capitalismo o momento em que se expressam, de forma mais contundente, as características que marcam o sistema. “É fundamental localizar aquela que represente o elemento definidor do capitalismo, seu traço distintivo essencial: a posse privada dos meios de produção por uma classe e a exploração da força de trabalho daqueles que não os detêm” (Martinelli, 2005, p. 31).

Essa separação entre os detentores dos meios de produção e aqueles que contavam apenas com a força de trabalho resultou na subordinação dos últimos pelos primeiros. Foi esse o princípio que instaurou e garantiu a reprodução do ciclo de vida do capital, e que permitiu o processo de acumulação primitiva, ponto de partida do modo de produção capitalista.

O processo que cria a relação capitalista não pode ser senão o processo de separação entre o trabalhador e a propriedade das condições de realização de seu trabalho, processo que, por um lado, transforma em capital os meios sociais de subsistência e de produção e, por outro, converte os produtores diretos em trabalhadores assalariados. A assim chamada acumulação primitiva não é, por conseguinte, mais do que o processo histórico de separação entre produtor e meio de produção. Ela aparece como “primitiva” porque constitui a pré-história do capital e do modo de produção que lhe corresponde. (Marx, 2013, p. 961).

Ao tratar do processo de acumulação primitiva, Marx (2013) faz uma analogia entre a economia política e o pecado original na Teologia, em que Adão, ao comer o fruto proibido, comete um pecado que se abateu sobre todo o gênero humano. Já o pecado original econômico, a chamada acumulação primitiva:

Deu-se, assim, que os primeiros acumularam riquezas e os últimos acabaram sem ter nada para vender, a não ser a própria pele. E desse pecado original datam a pobreza da grande massa, que ainda hoje, apesar de todo o seu trabalho, continua a possuir nada para vender a não ser a si mesma, e a riqueza dos poucos, que cresce

continuamente, embora há muito tenham deixado de trabalhar [...]. (Marx, 2013, p. 960).

A estrutura econômica da sociedade capitalista herdou aspectos e fundamentos da estrutura econômica da sociedade feudal. No início do feudalismo, as trocas eram efetuadas de forma simples, sem a utilização do dinheiro, conforme o exemplo de Huberman (1980): se alguém pretendia trocar cinco galões de vinha por um casaco, era necessário procurar quem tinha o produto desejado e que quisesse realizar a troca. Já com o desenvolvimento do comércio, houve a necessidade de introduzir o dinheiro como meio de intercâmbio.

A intensificação do comércio, em troca, reage na extensão das transações financeiras. Depois do século XII, a economia de ausência de mercados se modificou para uma economia de muitos mercados; e com o crescimento do comércio, a economia natural do feudo autossuficiente do início da Idade Média se transformou em economia de dinheiro, de um mundo de comércio em expansão. (Huberman, 1980, p. 34).

Como consequência do desenvolvimento do comércio, deu-se o crescimento das cidades e a constituição de novos centros urbanos. O surgimento das novas cidades ocorreu em locais estratégicos próximos aos rios ou em locais onde a terra apresentava uma inclinação adequada. Eram os locais que comerciantes e mercadores procuravam para se instalar nas cidades. Assim, foram se fortificando as zonas chamadas “burgos”; um número cada vez maior de mercadores se reunia nesses locais, que eram cercados por muros.

De acordo com Huberman (1980), nesse período as pessoas começaram a sair das velhas cidades feudais para iniciar vida nova nas cidades em expansão. O crescimento da atividade comercial pressupunha um maior número de postos de trabalho, e as pessoas dirigiam-se às cidades com a finalidade de obtê-los.

Nesta nova fase do capitalismo mercantil, de acumulação primitiva, os burgueses começaram a controlar o mercado urbano, e o processo de dominação passou dos feudos para os burgos. Para Martinelli (2005), os séculos XIV e XV foram marcados pela ascendência da oligarquia burguesa, que concentrava tanto o poder econômico como o político.

Para Huberman (1980, p. 36), a concepção que se tinha era que: “Toda a atmosfera do feudalismo era a da prisão, ao passo que a atmosfera total da atividade comercial na cidade era da liberdade”. Assim, os servos se transformavam em trabalhadores assalariados e “livres”, “libertos” da servidão.

No entanto, é fundamental considerar que aos antigos servos só restou à venda da sua força de trabalho, ao serem despojados de todos os meios de produção.

O ponto de partida do desenvolvimento que deu origem tanto ao trabalhador assalariado como ao capitalista foi a subjugação do trabalhador. O estágio seguinte consistiu numa mudança de forma dessa subjugação, na transformação da exploração feudal em exploração capitalista. (Marx, 2013, p. 962-963).

Neste período houve também a expropriação das terras que antes pertenciam ao produtor rural; esse processo assumiu contornos diferenciados nos diversos países e em diferentes épocas históricas. Marx (2013) toma como exemplo a Inglaterra, onde o processo aconteceu de forma clássica, na segunda metade do século XIV: a servidão havia praticamente desaparecido. Já no século XV, a maioria da população era composta de camponeses “livres”. A agricultura ganhava outro significado, pois o lucro não vinha mais da terra, mas sim do seu uso comercial.

Nesse período, foram criadas leis coercitivas para aprofundar a exploração da força de trabalho, leis essas que mantinham os salários baixos e estendiam a jornada de trabalho, gerando a mais-valia, o que propiciou a chamada acumulação primitiva.

[...] os grandes proprietários estavam autorizados pela legislação promulgada pelo Parlamento inglês e pela Casa Real, conduzida neste momento pela dinastia Tudor (1485-1603), a cercar suas propriedades e impedir a entrada dos camponeses que outrora tiravam seu sustento da terra [...]. Expulsos da terra, os camponeses acabavam por se subordinar às exigências dos donos do capital, que protegidos pela legislação Tudor podiam recrutar mão de obra sob compulsão e denunciar às autoridades aqueles que recusassem o trabalho em virtude das suas condições ou da exiguidade do salário legal. (Martinelli, 2005, p. 33).

Aos trabalhadores não restaram alternativas a não ser ingressar no mercado por meio do trabalho assalariado. O desenvolvimento do capitalismo em sua fase mercantil acentuou os antagonismos de classes, provocando profundas alterações não só na estrutura econômica e política, como também nas relações sociais.

Esses trabalhadores, considerados “livres”, foram desapropriados de suas terras e não conseguiram ser absorvidos pela manufatura emergente na mesma frequência com que se tornavam disponíveis (Marx, 2013). “Assim sendo, as “escolhas” que se colocavam no horizonte desses sujeitos incluía, além do assalariamento, a mendicância, a “vadiagem”, ou mesmo a ladroagem, largamente utilizados como formas de resistência as novas relações sociais emergentes” (Santos, 2012, p. 34).

Considerando o processo de acumulação primitiva, Silva (2009) afirma que a história do fenômeno População em Situação de Rua deve ser analisada em consonância com o processo de acumulação primitiva, que remonta ao surgimento das sociedades pré-industriais

na Europa. “Os camponeses foram desapropriados e expulsos de suas terras, sem que a indústria nascente, nas cidades, os absorvesse com a mesma celeridade com que se tornavam disponíveis. Em face disso, muitos se tornaram mendigos ou ladrões, principalmente por força das circunstâncias.” (Marx, 1988 *apud* Silva, 2009, p. 25).

Conforme Martinelli (2005), o período em que se desenvolveu o capitalismo concorrencial, em sua fase mercantil e industrial, entre os séculos XVII e XIX, ofereceu as condições fundamentais e favoráveis ao desenvolvimento da sociedade capitalista.

A Revolução Francesa, no século XVIII, propiciou no campo político o trânsito para o capitalismo. “O impacto por ela produzido, na busca de seu objetivo de derrubar o Antigo Regime e instalar a sociedade burguesa, levou à demolição da máquina estatal e fez ruir a estrutura social do feudalismo” (Martinelli, 2005, p. 35).

A Revolução Industrial, que teve início na Inglaterra no século XVIII e que depois se deslocou por toda a Europa Ocidental, durante o século XIX, representou um período de mudanças do próprio modo de produção, a partir da introdução das máquinas e do surgimento das unidades fabris. Para Engels (2008, p. 45), a Inglaterra constitui o terreno clássico dessa revolução, e por isso é o país que deve ser observado para compreender do ponto de vista histórico o desenvolvimento do capitalismo e a constituição do proletariado em todos os seus aspectos e relações.

A Revolução aconteceu não apenas em âmbito produtivo e econômico, mas também representou uma revolução social, que modificou a dinâmica de vida dos trabalhadores.

O novo modo de produção exigia a concentração dos trabalhadores em um espaço específico: a fábrica, a indústria, locus da concentração da produção, tendo em vista a expansão do capital. A máquina a vapor e o tear mecânico tornaram-se os verdadeiros deuses dos capitalistas, e a fábrica, o seu templo. Aos seus novos deuses não hesitavam em louvar continuamente, brindando-os com renovadas oferendas, mantendo-os alimentados da energia vital que roubavam dos trabalhadores, homens, mulheres, jovens, adultos e até mesmo crianças, expropriando-os de sua força de trabalho. O seu templo – a moderna indústria – permanecia sempre cheio, porém não de adoradores, mas de operários, cuja vida era cotidianamente sacrificada em nome da acumulação do capital e da produção da mais-valia. (Martinelli, 2005, p. 36).

As transformações advindas com a Revolução Industrial acentuaram a dicotomia existente entre os detentores dos meios de produção e a classe trabalhadora, apartando ainda mais o trabalhador da propriedade privada e dos meios de produção. Essa polarização gerou a sociedade de classes; a sociedade se dividiu em duas grandes classes: a burguesia e o proletariado.

Para Engels (2008), o proletariado nasceu com a introdução das máquinas, uma vez que a expansão da indústria determinou a demanda de mais braços e um grande contingente de trabalhadores das regiões agrícolas emigrou para as cidades. A população cresceu rapidamente com o aumento do proletariado.

“Surgiram assim as grandes cidades industriais e comerciais do Império Britânico, onde pelo menos três quartos da população faziam parte da classe operária, e cuja pequena burguesia se constituía de comerciantes e de pouquíssimos artesãos” (Engels, 2008, p. 59).

Engels, ao analisar a situação da classe trabalhadora na Inglaterra, chama atenção para as precárias condições de moradia e observa que a classe trabalhadora era impelida a habitar os piores espaços nos centros urbanos. “É certo ser frequente a miséria abrigar-se em vielas escondidas, embora próximas aos palácios dos ricos; mas, em geral, é-lhe designada uma área à parte, na qual, longe do olhar das classes mais afortunadas, deve safar-se, bem ou mal, sozinha” (Engels, 2008, p. 70).

Para esse autor, as famílias que dispunham de locais mesmo que precários de moradia se encontravam em condições mais favoráveis do que aqueles que não os detinham. Em Londres, 50 mil pessoas acordavam sem saber onde passariam a noite seguinte; alguns dormiam em albergues noturnos, outros em qualquer espaço: nas esquinas ou nos bancos dos jardins (Engels, 2008).

A expansão do capitalismo demandava continuamente mão de obra, para dar conta do novo ritmo de produção. Os operários passaram a viver ao redor das fábricas; conseqüentemente, começaram a surgir as cidades industriais. “A classe trabalhadora crescera visivelmente, introduzindo uma nova geografia nos centros urbanos: a da pobreza, que se fazia acompanhar da geografia da fome e da generalização da miséria” (Martinelli, 2005, p. 60).

Os centros urbanos cresciam sem planejamento, e a classe trabalhadora era submetida a condições insalubres. “Era flagrante a ausência de investimentos em infraestrutura urbana, o desprezo pelas condições de vida operária, significativos níveis de morbidade, mortalidade da população infantil e adulta, habitações em locais insalubres, doenças, fome e baixos salários” (Santos, 2012, p. 37).

Nesse período, crianças e mulheres passaram a ocupar uma parte significativa dos postos de trabalho, sendo superexploradas, com salários abaixo da média paga para os trabalhadores do sexo masculino.

Quanto mais a indústria moderna se torna desenvolvida, tanto mais o trabalho dos homens é suplantado pelo trabalho das mulheres. Diferenças de idade e sexo não

têm mais qualquer validade social distintiva para a classe trabalhadora. Todos são instrumentos de trabalho, mais ou menos custosos, segundo sua idade e sexo. (Marx; Engels, 2017, p. 24).

A partir desses apontamentos é possível considerar que, em linhas gerais, o capitalismo se desenvolveu e se expandiu sustentado na exploração da força de trabalho da classe trabalhadora. O pauperismo aumentou na mesma proporção em que ocorreu a concentração de riqueza nas mãos da burguesia.

O trabalho em seu sentido ontológico e essencialmente humano caracteriza-se pelo processo de relação entre o homem e a natureza. Segundo Marx (2013), o homem se apropria dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil para a vida humana. O homem, antes de realizar a atividade, passa pelo processo da prévia ideação. Sua atividade é conduzida por um caráter teleológico.

A separação entre o homem (trabalhador), os meios de produção (maquinaria) e o produto do trabalho (mercadoria) torna o trabalhador alienado. Assim, o trabalho na sociedade capitalista deixa de ser uma atividade essencialmente humana e passa a ser uma atividade estranhada pelo trabalhador. Neste contexto, o trabalhador produz não para a própria satisfação, mas para satisfazer as necessidades de acumulação capitalista.

Sob este modo de produção, o trabalho adquiriu novos contornos e se tornou mercadoria, que passou a ser vendida ao capitalista. Esse processo passou a ser controlado por aqueles que detinham os meios de produção.

O produto construído pelo trabalhador é, portanto, propriedade do capitalista. A força de trabalho é condição necessária à acumulação do capital, uma vez que “o valor de uma mercadoria é determinado pela quantidade de trabalho e pelo tempo de trabalho necessário para a sua produção” (Marx, 2013, p. 338).

Ao analisar o sistema capitalista e o valor das mercadorias, Marx chama atenção para o processo de produção da mais-valia, e chega à conclusão que o trabalhador recebia pelo seu trabalho apenas o que ele produzia em meia jornada; o que produzia no restante da jornada era apropriado pelo capitalista. Assim, “o valor da força de trabalho e sua valorização no processo de trabalho são, portanto, duas grandezas distintas.” (Marx, 2013, p. 347). O que o trabalhador produz em uma jornada inteira de trabalho é muito mais que o valor que ele recebe. Essa é a principal característica da extração do sobretrabalho, processo que impulsiona a acumulação de capital.

Segundo Martinelli (2005, p. 42), a burguesia empenhada na consolidação e no fortalecimento do modo de produção capitalista tinha um grande interesse no proletariado, no

entanto, este era esvaziado de todo o sentido humano, pois havia a convicção de que o operário era tão somente força de trabalho e uma mercadoria extremamente necessária para a expansão do capital.

Desse modo, pode-se perceber que o trabalho, ao mesmo tempo em que é fundamental para a acumulação capitalista, é também desvalorizado e explorado, haja vista que a venda da força de trabalho não permite ao trabalhador, por meio do seu salário, garantir sua sobrevivência de maneira digna. As (os) trabalhadoras (es) são expropriados dos meios de produção e obrigados a vender a força de trabalho por um *quantum* irrisório, são extremamente explorados, são os que produzem a riqueza, mas que não se apropriam dela, neste caso esta fica nas mãos de uma minoria que concentra todo o poder econômico e que determina as condições de vida da classe trabalhadora.

O trabalhador se torna tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador se torna uma mercadoria tão mais barata quanto mais mercadorias cria. Com a valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta a desvalorização do mundo dos homens. O trabalho não produz somente mercadorias; ele produz a si mesmo e ao trabalhador como uma mercadoria [...]. (Marx, 2010, p. 80).

Antunes (2013), ao tratar da exploração da classe que vive do trabalho, afirma que no capitalismo o processo de trabalho assume contornos de um trabalho alienado, expressão de uma relação social fundada na propriedade privada, no capital e no dinheiro. Torna-se uma atividade alienada ante o próprio produto do trabalho e ante o ato de produzir.

Em relação ao estranhamento do trabalho, esta condição aparece até mesmo na apropriação do produto do seu trabalho. A esse respeito, Antunes (2013, p. 142) pontua: “A apropriação do objeto tanto aparece como estranhamento que, quanto mais objetos o trabalhador produz, tanto menos pode possuir e tanto mais fica sob o domínio do seu produto, do capital”.

Com o desenvolvimento do modo de produção capitalista, o tempo de vida se converte em tempo de trabalho. Ao trabalhador resta pouco tempo para que possa usufruir de outros âmbitos da vida social.

[...] todos os meios para o desenvolvimento da produção se convertem em meios de dominação e exploração do produtor, mutilam o trabalhador, fazendo dele um ser parcial, degradam-no à condição de um apêndice da máquina, aniquilam o conteúdo de seu trabalho ao transformá-lo num suplício, alienam ao trabalhador as potências espirituais do processo de trabalho na mesma medida em que a tal processo se incorpora a ciência como potência autônoma, desfiguram as condições nas quais ele trabalha, submetem-no, durante o processo de trabalho, ao despotismo mais mesquinho e odioso, transformam seu tempo de vida em tempo de trabalho [...]. (Marx, 2013, p. 876).

Marx (2013) chama a atenção na obra “O capital: crítica da economia política”, que do ponto de vista do valor, o capital se divide em capital constante, que é o valor investido nos meios de produção (maquinaria e tecnologia), e capital variável (valor gasto com a força de trabalho, representado pela soma global dos salários). Para ele, o investimento nestes capitais não se deu de modo proporcional; com a acumulação capitalista houve um maior investimento em capital constante, com os meios de produzir, e um menor investimento na força de trabalho, capital variável.

Essa alteração na composição técnica do capital, o crescimento da massa dos meios de produção, comparada à massa da força de trabalho que os vivifica, reflete-se em sua composição em valor, no acréscimo da componente constante do valor do capital à custa de sua componente variável. De um capital, por exemplo, calculados em percentagem, originalmente são investidos 50% em meios de produção e 50% em força de trabalho; mais tarde, com o desenvolvimento da produtividade do trabalho, são investidos 80% em meios de produção e 20% em força de trabalho. (Marx, 2013, p. 846).

Esse movimento de aumento da composição orgânica do capital (maior investimento em capital constante comparado ao investimento em capital variável) contribuiu para o processo de acumulação de capital e para um maior número de trabalhadores disponíveis e não absorvidos pelo modo de produção – um contingente de trabalhadores impelidos a uma ociosidade forçada. “A lei demográfica característica do movimento do capital reafirma a conservação e a reprodução da separação entre trabalhadores e meios de produção, agravando-a através da produção de uma superpopulação relativa” (Fontes, 2018, p. 24).

A superpopulação relativa ou exército industrial de reserva cumpre funções na engrenagem do processo de acumulação capitalista, a medida que contribui para a redução salarial daqueles que ocupam postos de trabalho e ao mesmo tempo constitui uma reserva de mão de obra para os períodos de expansão do capital.

Para Marx (2013), a população trabalhadora excedente torna-se uma condição necessária para a acumulação e o desenvolvimento do sistema capitalista. No que diz respeito à superpopulação relativa, o autor a classificou em três formas: “*flutuante, latente e estagnada*”.

A forma *flutuante* correspondia aos trabalhadores das grandes fábricas, que ora eram atraídos, ora repelidos pela indústria. Isso se devia ao fato de que para satisfazer as necessidades de acumulação do capital, exigia-se uma quantidade maior de trabalhadores em idade jovem. Os trabalhadores, ao ultrapassarem a juventude, um número muito reduzido deles continuava empregado no mesmo ramo de atividade, enquanto a maioria era demitida.

A forma *latente* era constituída pela população rural, que migrava do campo para a cidade em busca de trabalho. O meio rural foi atingindo por este fenômeno quando se generalizaram as relações capitalistas; o trabalhador rural foi impelido a ir para as cidades em busca do trabalho assalariado.

Na terceira forma da superpopulação relativa (*estagnada*) encontravam-se os trabalhadores ativos, mas que ocupavam postos de trabalho irregulares – os trabalhadores informais.

No sedimento mais baixo da superpopulação relativa, conforme Marx (2013, p. 874), habita a esfera do pauperismo, denominada “*lumpemproletariado*”, constituído por três categorias: a primeira, pelos aptos para o trabalho, mas que não eram absorvidos pelo mercado; a segunda correspondia aos órfãos e crianças indigentes; e a terceira era composta pelos degradados, maltrapilhos e os incapacitados para o trabalho: idosos, doentes (muitos vítimas da própria indústria), viúvas etc.

Considerando o conceito marxiano de superpopulação relativa, Silva (2009) ressalta que a População em Situação de Rua abriga-se no interior do *lumpemproletariado*, ou, em determinadas situações, na população estagnada, uma vez que quando inserida no mercado de trabalho ocupa postos de trabalho precários e irregulares.

Com relação ao exército industrial de reserva, Silva (2013, p. 48) enfatiza que “[...] aos desempregados (permanentes ou não) ou empregados precariamente, resta-lhes o salve-se quem puder, a prostituição, o crime, as ruas, as cadeias, o extermínio lento, gradual ou direto (as situações terminais)”.

Deste modo, pode-se depreender que a intensificação do capitalismo fez crescer proporcionalmente o fenômeno do pauperismo, com um exército industrial de reserva de trabalhadores inesgotável, que colabora com os pressupostos da acumulação à medida que estão disponíveis ao capital e contribuem para manter os salários em baixa.

Tanto o pauperismo como a superpopulação relativa são subprodutos do sistema de produção capitalista e do acúmulo da riqueza nas mãos de uma minoria. “A grandeza proporcional do exército industrial de reserva acompanha, pois, o aumento das potências da riqueza.” (Marx, 2013, p. 875).

Conforme Silva (2013), o pauperismo é fruto do complexo social que compõe a natureza da propriedade privada no capitalismo e uma manifestação direta da apropriação privada da produção social e da lei geral da acumulação capitalista.

O fenômeno do pauperismo se intensificou, no contexto do capitalismo monopolista, no último quartel do século XIX. A crise de superprodução da fase concorrencial do capitalismo desencadeada por volta de 1870 e que se estendeu até 1930 levou a uma nova fase de expansão do capital, denominada capitalismo monopolista.

Assim, tem-se o elemento histórico definidor do conjunto de fenômenos que, somado ao pauperismo, constituiu a gênese da “questão social”:

A era dos monopólios tinha como objetivo primário o acréscimo dos lucros capitalistas através do controle dos mercados. Essa organização – na qual o sistema bancário e creditício tem o seu papel econômico-financeiro substantivamente redimensionado – comporta níveis e formas diferenciados que vão desde o “acordo de cavalheiros” à fusão de empresas, passando pelo *pool*, o cartel e o truste. (Netto, 2011, p. 20).

A fase do capitalismo monopolista ampliou ainda mais a concentração de riquezas, uma vez que a fusão de empresas gerou a acumulação do capital nas mãos de poucos. Neste estágio de desenvolvimento do capitalismo, o pauperismo se tornou mais evidente e complexo.

A era monopólica potencializou as contradições já existentes na fase do capitalismo concorrencial, momento em que a burguesia ascendeu à sua maturidade. “O capitalismo monopolista recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica.” (Netto, 2011, p. 19). O monopólio aumentou consequentemente o contingente de trabalhadores do exército industrial de reserva.

Para Santos (2012, p. 26), “[...] a gênese da ‘questão social’ é explicada pelo processo de acumulação ou reprodução ampliada do capital”. Quanto mais se desenvolve o modo de produção capitalista gerando riquezas, mais se aprofunda a miséria. As condições de vida da classe trabalhadora em face do cenário de exploração que vivenciava extrapolaram para o campo das reivindicações, constituindo o que se convencionou chamar de “questão social”, a demandar respostas do Estado.

A “questão social”, conforme Iamamoto e Carvalho (2006, p. 77), “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 além da caridade e da repressão”.

Os trabalhadores deram início a processos de organizações e reivindicações diante do cenário de exploração a que eram submetidos. Um marco histórico foram as lutas sociais de 1848 no continente europeu, mais precisamente na França. As mobilizações dos trabalhadores

propiciaram o reconhecimento e a percepção como classe e passaram a exigir melhores condições de vida, daí emergindo uma força política organizada. “Neste momento, fica claro que o confronto principal não era entre ‘pobres’ e ‘ricos’, e, sim, entre operários e patrões, capitalistas; era contra a exploração do trabalho pelo capital.” (Santos, 2012, p. 43).

Há uma captura orgânica do Estado, que controla o mercado para que possa acumular ainda mais capital. A este cabe o papel de gerenciar a “questão social”; diante das manifestações, se vê obrigado a atender a algumas demandas da classe trabalhadora. “No capitalismo monopolista, as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com as suas funções econômicas.” (Netto, 2011, p. 25).

O Estado no capitalismo monopolista atua como um “comitê executivo da burguesia”, funcional ao capital, auxiliando na tarefa da acumulação. Por outro lado, gerencia a miséria, por meio de ações antagônicas que respondam às demandas da classe trabalhadora, e de forma hegemônica, às demandas da burguesia. Administra assim as tensões sociais, dando respostas e soluções paliativas à “questão social” (Netto, 2011, p. 26).

Conforme Silva (2009), a “questão social” é inerente ao modo de produção capitalista, desenvolve-se e se complexifica na relação capital/trabalho e se manifesta nas várias expressões. Cada fase de desenvolvimento do capitalismo reproduz expressões em consonância com a forma de organização assumida.

O fenômeno População em Situação de Rua é uma expressão radical da questão social, “[...] expressão incontestada das desigualdades sociais resultantes das relações sociais capitalistas, que se desenvolvem a partir do eixo capital/trabalho. E, como tal, é expressão radical da questão social.” (Silva, 2009, p. 27).

Diante desses apontamentos pode-se considerar que o capitalismo reproduz um mundo polarizado, fragmentado, entre duas classes sociais: a maioria, composta de trabalhadores que produzem a riqueza, ante uma minoria que explora, concentra poder e exerce a dominação. Trava-se uma luta constante de classes, luta da classe trabalhadora pela sobrevivência e quanto mais se enriquece uma minoria mais se expande e aprofunda a pauperização da maioria. O caminho percorrido até aqui buscou sumariamente apontar elementos relevantes do processo de acumulação primitiva e do desenvolvimento do capitalismo. Esse percurso é necessário, pois possibilita compreender as relações sociais que protagonizam a pobreza e as desigualdades sociais, resultantes de um modo de organização que se caracteriza pela luta de classes, pela expropriação e pela exploração do trabalho, e que complexifica o fenômeno do pauperismo e transfigura o que se conhece por “questão social”.

1.2 Particularidades históricas da “questão social” no Brasil: capitalismo dependente

O povo-nação não surge no Brasil da evolução de formas anteriores de sociabilidade, em que grupos humanos se estruturam em classes opostas, mas se conjugam para atender às necessidades de sobrevivência e progresso. Surge, isto sim, de uma força de trabalho escrava, recrutada para servir a propósitos mercantis alheios a ela, através de processos tão violentos de ordenação e repressão que constituíram, de fato, um continuado genocídio e um etnocídio implacável. (Ribeiro, 1995, p. 23).

A seção anterior objetivou trazer à luz a discussão que considera a totalidade histórica do modo de produção capitalista, ao passo que esta seção objetiva elucidar o desenvolvimento do capitalismo, trazendo para o debate as particularidades e as mediações necessárias da formação social brasileira, a fim de aprofundar a compreensão da “questão social” nesse cenário. Segundo Santos (2012), somente a análise da constituição e do desenvolvimento do capitalismo brasileiro possibilita alcançar as mediações que particularizam a “questão social” no país.

Essa análise requer a reflexão acerca da formação sócio-histórica brasileira, que se situa na ordem econômica mundial, como um país de capitalismo dependente, com reflexos particulares no mundo do trabalho e no processo de exploração do mercado de trabalho. É importante evidenciar o Brasil, enquanto país latino-americano, de capitalismo dependente, mesmo com a Independência em 1822, não alterou de forma significativa a tendência de subordinação do Brasil aos países centrais.

A dependência acentuada tem bases no processo de desenvolvimento do capitalismo e na dificuldade dos países latino-americanos de se colocarem de forma independente dos países de capitalismo central. O desenvolvimento do modo de produção capitalista se deu de forma acelerada diante das possibilidades históricas dos países da América Latina.

Lara e Maranhão (2019, p. 48) analisaram as particularidades do contexto latino-americano em seu processo de acumulação primitiva do capital. Na Europa, os camponeses foram expulsos das terras e se viram obrigados a migrar para as cidades em busca do trabalho assalariado. Já na América Latina, os povos originários foram brutalmente expulsos dos seus territórios e muitos foram exterminados; posteriormente, houve o tráfico de forças de trabalho vindas da África, fundamentando o processo de escravidão.

Para contextualizar a “questão social” no Brasil, parte-se de uma análise histórica, a começar pelo período colonial e pela persistência dos traços coloniais na atualidade, passando pela compreensão da República Velha, posteriormente pela era Vargas e pelo período

desenvolvimentista de urbanização e industrialização; e ainda, pelo período ditatorial e pela retomada democrática dos anos 1980, com a promulgação da nova Carta Magna, e pelos anos 1990, com a consolidação do neoliberalismo no Brasil.

Para tanto, faz-se necessário resgatar os períodos históricos da formação social brasileira a começar pelo Brasil colônia (1500-1822), colônia de exploração de Portugal. De acordo com Santos (2012), a crise que se instaurou na Europa Ocidental, acentuada por epidemias, guerra e escassez de alimento, colocou como alternativa a expansão da base geográfica dos países europeus, configurando o período conhecido como “expansão marítima”, na busca de territórios em que pudessem explorar comercialmente suas potencialidades de forma a atender às necessidades e aos interesses da metrópole.

A princípio, a região Nordeste foi fortemente ocupada e explorada, com destaque para Bahia e Pernambuco, que possuíam um clima favorável para a plantação de cana-de-açúcar. “O auge da economia açucareira colonial deu-se no século XVII.” (Santos, 2012, p. 57).

No século XVIII, o estado de Minas Gerais foi reconhecido como um importante local a ser explorado, tendo em vista a atividade mineradora. Posteriormente, o alvo de exploração voltou a ser a agricultura, com destaque para as grandes propriedades territoriais agrárias e as monoculturas extensivas estimuladas para atender aos interesses comerciais da metrópole. Santos (2012) advoga a tese de uma colonização predatória: a exploração da mão de obra indígena, o extermínio dos povos originários e a busca pela dissolução da cultura desses povos.

Lara e Maranhão (2019) consideram que o processo de expropriação das riquezas naturais e o extermínio dos povos locais marcaram a ferro e fogo a formação histórica dos países latino-americanos. Além disso, o escravismo no Brasil deixou heranças profundas que particularizam a constituição da sociedade brasileira.

“No entanto, nas mesmas proporções em que se alavancavam as bases para a Revolução Industrial na Europa, em especial na Inglaterra, nas Américas se acentuavam as mais diversas maneiras de expropriação dos povos originários e saques das riquezas naturais.” (Lara; Maranhão, 2019, p. 46).

O período posterior, monárquico (1822-1889), deve ser analisado em dois momentos: a instituição, de 1822-1850, e a consolidação, que se iniciou em 1850 e se estendeu até a proclamação da República em 1889. Esse período foi marcado por conflitos, na busca pelo reconhecimento internacional da independência do país (Santos, 2012).

A fase que marcou a Independência mudou a inserção do país no sistema econômico mundial, com destaque para dois fatores essenciais: a crise resultante do déficit na balança comercial, tendo em vista que se importavam muito mais produtos industrializados do que se exportavam os produtos e matérias-primas produzidos no país. Nesse período, o café progressivamente foi se constituindo como o principal produto de exportação; os custos de sua produção, ancorada no trabalho escravo, eram mais baixos que os da produção de cana-de-açúcar.

O segundo fator consistiu na pressão da Inglaterra para a abolição do tráfico negreiro, o que para o Brasil representou um problema econômico, uma vez que a força de trabalho dos escravos compunha grande parte das atividades produtivas.

Tal questão só foi solucionada em 1850 quando, depois de muitos desgastes (que envolveram até ameaças de guerra por parte dos ingleses), mas sem precauções, o Brasil determinou o fim do tráfico e fê-lo cumprir com fiscalização de modo que em três anos este estava definitivamente encerrado. (Santos, 2012, p. 62).

Com a abolição do trabalho escravo, os negros não passaram a compor a força de trabalho assalariada. Em face da imigração europeia, tornaram-se uma população excedente para atender às necessidades do capital agrário.

Lara e Maranhão (2019), ao analisarem a “questão social” no Brasil, apontam que se trata de uma herança colonial e escravista, sustentada no preconceito racial. Considerando a superpopulação relativa no país, os autores destacam que com o fim do trabalho escravo, deu-se a imigração europeia para ocuparem os postos de trabalho, principalmente nas lavouras de café, e aos negros restou o estrato mais baixo do “exército industrial de reserva”, “uma reserva da reserva” (Gorender, 2016 apud Lara; Maranhão, 2019, p. 51).

Esses autores chamam atenção para as mediações que precisam ser consideradas acerca desse período histórico na conformação das relações de trabalho na atualidade.

[...] estudos sobre a constituição da superpopulação relativa no Brasil e sua dinâmica interna, pode dar início à explicação de muitas situações de trabalho contemporâneo análogo à escravidão e servidão, relações e condições de trabalho que ainda são presentes nos modernos latifúndios do agronegócio brasileiro em vários setores tradicionais da produção industrial. (Lara; Maranhão, 2019, p. 51).

Formalmente foi colocado fim ao trabalho escravo para dar espaço ao trabalho assalariado, contudo, sabe-se que o desenvolvimento do capitalismo e seus desdobramentos

conduzem a relações de produção que na contemporaneidade alcançam níveis de precarização que configuram trabalhos análogos à escravidão.

Como tratado anteriormente, a economia cafeeira se constituiu como importante atividade produtiva, sobretudo no interior paulista. Os fazendeiros do café passaram a ter espaço na constituição da burguesia.

O ano de 1889 assinala o fim da monarquia e a proclamação da República no Brasil. O republicanismo ganhou terreno como bandeira política com o apoio da burguesia do café. Assim, “a República não veio como um movimento de raízes populares e sim como uma solução ao descontentamento de setores importantes para a economia e a política no país” (Santos, 2012, p. 67).

O período conhecido como República Velha (1889-1930) ganhou forma com a Constituição de 1891, que previa a instituição do presidencialismo, além de conceder maior poder ao Estado, com uma perspectiva laica de separação entre Estado e Igreja.

Do ponto de vista econômico, Santos (2012) considera um período importante para a consolidação do capitalismo, momento em que se constituiu, efetivamente, o trabalho assalariado e predominou a economia agroexportadora. É importante ressaltar que houve um aumento dos investimentos do capital financeiro internacional em setores que eram rentáveis.

Nesse momento, tem-se um deslocamento das fontes credoras antes concentradas na Inglaterra e que progressivamente cede espaço aos Estados Unidos. Esse movimento evidenciou os efeitos do imperialismo, guardadas as devidas proporções de cada contexto histórico. A dependência econômica dos países centrais ainda permanece como uma característica da frágil política econômica brasileira na atualidade.

Pereira (2007) o denomina de período *laissez-faire*, uma vez que o Estado não tinha uma atuação para dar respostas ou amenizar as expressões da “questão social”, que eram reguladas pela iniciativa privada, com ações paliativas relacionadas à pobreza ou pela ação repressiva da polícia, a fim de controlar a “questão social”. “Data dessa época a frase do então presidente da República Washington Luís, que se tornou famosa e emblemática do estilo brasileiro de dar aos reclamos sociais: ‘A questão social é questão de polícia’.” (Pereira, 2007, p. 127).

A dependência da economia brasileira abriu espaço ao domínio estrangeiro nas decisões políticas do país. Isso explica o impacto da crise de 1929 na produção do café, tendo em vista a falta de financiamento internacional para manter a superprodução. Quando as economias dos países centrais sentiram os efeitos da crise, houve no Brasil a redução do preço

do café e o excesso de estoque para a venda. Este foi um dos motivos da decadência da República Oligárquica.

Marini (2013, p. 47) afirma que o subdesenvolvimento latino-americano é a história do desenvolvimento do capitalismo mundial. O século XIX foi marcado pelo avanço da industrialização dos países centrais, o que demandou a relação com países que pudessem atender a suas demandas. Estabeleceu-se uma relação com Chile, Brasil e, pouco depois, Argentina, a partir de relações comerciais com as metrópoles europeias, mediante a exportação de matérias-primas e alimentos.

A partir de 1875, com as mudanças no capitalismo internacional, surgem novas potências, como Alemanha e Estados Unidos. Nesse período, o Brasil começou a direcionar grande parte de suas exportações para os Estados Unidos e os países de capitalismo central passaram a investir mais na industrialização, com uma maior concentração das unidades produtivas, surgindo então os monopólios.

[...] devido à aceleração do processo de industrialização e urbanização nos países centrais, que infla a demanda mundial de matérias-primas e alimentos, a economia exportadora latino-americana conhece um auge sem precedentes. Este auge está, no entanto, marcado por um aprofundamento de sua dependência frente aos países industriais, a tal ponto que os novos países que se vinculam de maneira dinâmica ao mercado mundial desenvolvem uma modalidade particular de integração. (Marini, 2013, p. 49- 50).

As economias dos países latino-americanos encontram-se subordinadas à relação exportação-importação. Lênin (2008, p. 87) considera que o imperialismo tem na fase histórica do monopólio a condição para sua consolidação; ele aponta cinco traços fundamentais do imperialismo. O primeiro diz respeito à concentração da produção e da acumulação a um grau tão elevado de desenvolvimento que ofereceu as bases de sustentação dos monopólios; o segundo caracteriza-se pela fusão do capital bancário com o capital industrial, e a criação do capital financeiro e da oligarquia financeira; o terceiro se configura com a exportação de capitais, que difere da exportação de mercadorias; o quarto considera a formação de associações de capitalistas monopolistas que dividem o mundo entre si; o quinto, a partilha territorial do mundo entre as potências capitalistas.

O Brasil se insere no capitalismo internacional e reafirma sua condição de país agroexportador. Assume um espaço na divisão internacional do trabalho; “cria-se uma nova divisão internacional do trabalho, adequada aos principais centros da indústria moderna,

transformando uma parte do planeta em áreas de produção, predominantemente agrícola, destinada a outra parte primordialmente industrial” (Marx, 2001 apud Santos, 2012, p. 70).

Para Marini (2013, p. 52), a consolidação do imperialismo teve início com a partilha colonial de 1914, passou pela crise do mercado em 1929 e culminou com a guerra pela hegemonia mundial de 1939. Nesse período emerge uma tendência integradora do imperialismo num nível mais avançado. Esse processo abriu espaço para tendências contraditórias e reforçou o sistema imperialista, tendo como centro hegemônico os Estados Unidos. Por outro lado, surgiu um campo de forças opostas: o socialista.

Marini (2013) acrescenta que a segunda década do século XX representou a crise do mercado imperialista e evidenciou aos países da América Latina, com a economia primário-exportadora, a necessidade de mudanças na atividade econômica, devido às restrições postas pela crise do mercado externo, tanto para as exportações, quanto para as importações.

Assim, a industrialização via substituição de importações se impôs, em linhas gerais, em todos os países latino-americanos, conforme as possibilidades reais de seus respectivos mercados internos e de acordo com o grau de desenvolvimento alcançado na etapa anterior. Desde 1920 até o início dos anos 1950, muitos países se lançam por esse caminho, e alguns, como a Argentina, o Brasil e o México, chegam a criar uma indústria leve capaz de satisfazer no essencial a demanda interna de bens de consumo não duráveis. (Marini, 2013, p. 54).

A burguesia industrial passa a conviver com a burguesia agroexportadora, numa relação permeada de tensões. A burguesia que floresceu no Brasil em meio a esse processo é uma burguesia subserviente à burguesia internacional, regida pelos princípios do mercado externo. Conforme Fernandes (2006, p. 122), a relação entre a burguesia brasileira e o mercado externo “processava-se sob a forte identidade de interesses e, até, sob laços profundos de lealdade e de simpatia”.

Marini (2013) refere o fracasso das burguesias nacionais dos países latino-americanos, que se deu a partir da impossibilidade de a indústria se sobrepor ao condicionamento que o setor externo lhe impunha. Utilizava-se a tecnologia importada dos países centrais. As burguesias nacionais não conseguiram manter-se de forma autônoma e integraram-se ainda mais aos capitais imperialistas, aumentando o grau de dependência. Essa integração, além de desnacionalizar a burguesia local, intensificou a superexploração do trabalho, haja vista que nos países de capitalismo periférico a remuneração do trabalho dá-se abaixo da média paga nos países centrais.

Para Mello (2009, p. 16), o progresso industrial se deu de maneira desigual nos diferentes países, conformada a partir de uma determinada estrutura da economia mundial, que tem suas bases na divisão internacional do trabalho. De um lado está o centro, configurado a partir dos países industrializados; de outro, os países considerados periféricos, constituídos por economias exportadoras de produtos primários, matérias-primas e alimentos aos países centrais.

Os países considerados de economia periférica, exportadores de produtos primários, não possuem o comando do seu próprio desenvolvimento, pois são dependentes das economias e das demandas dos países de capitalismo central. Mello (2009) salienta que os países latino-americanos têm como característica comum a industrialização capitalista retardatária.

Em síntese, o desenvolvimento do capitalismo industrial dos países centrais valeu-se da periferia para rebaixar o custo da reprodução tanto da força de trabalho como da produção industrial e da exportação.

Isso explica por que as condições de vida e de trabalho nos países de capitalismo periférico atingem relações precárias de trabalho, moradia e subsistência dos seus povos. Deve-se ao fato de que desde o período colonial esses países nunca produziram para o desenvolvimento interno e para satisfazer suas necessidades e interesses, mas para fortalecer as economias externas e contribuir com a acumulação de riquezas nos países de capitalismo central.

As relações de trabalho que se consolidaram nesse contexto eram pautadas pela extrema exploração da força de trabalho, o que evidenciou os conflitos entre o modo de produção capitalista e o mundo do trabalho, dando forma a diversas manifestações da “questão social”.

No início do século XX, a República com teor oligárquico foi se enfraquecendo com o crescente processo de urbanização que diversificou a produção econômica.

A quebra da política café com leite, que revezava no poder os paulistas (produtores de café) e os mineiros (produtores de leite), se deu a partir do momento em que Washington Luís insistiu em apoiar a candidatura de Júlio Prestes, também paulista, rompendo com a política da alternância e ofertando espaço para uma forte aliança formada por políticos do Rio Grande do Sul e de Minas Gerais, que lançaram como candidato a presidente da República Getúlio Vargas, em oposição ao paulista Júlio Prestes.

Getúlio Vargas perdeu as eleições e em meio às especulações de corrupção e fraude eleitoral, antes de o candidato eleito ser empossado, articulou-se um movimento que culminou na deposição de Washington Luís, dando posse a Getúlio. O movimento entrou para a história como a “Revolução de 1930” (Santos, 2012).

O primeiro governo de Vargas (1930-1945) é considerado um período muito relevante para a história do Brasil – a segunda fase da constituição do capitalismo brasileiro, denominada de industrialização restringida, mediante uma política de governo nacionalista que impulsionou o desenvolvimento de setores importantes da indústria de base, sem romper, entretanto, com os interesses da burguesia agrária.

No âmbito internacional a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) marcou a redefinição da dominação geopolítica internacional e estabeleceu a “política da boa vizinhança”. Os Estados Unidos estreitaram os laços com a América Latina. “A colaboração econômica e militar tornou-se central, com o objetivo de impedir a influência europeia na região, manter a estabilidade política pró-estadunidense no continente e assegurar a sua liderança no hemisfério ocidental” (Silva; Costa, 2018, p. 40).

Esse contexto internacional possibilitou que se firmassem nos países latino-americanos governos considerados populistas, com políticas de desenvolvimento na área industrial.

As transformações principalmente na política econômica pós-1930 contribuíram para a constituição de uma nova classe média. A esse respeito, Marini (2013) chama atenção para o surgimento de uma burguesia industrial, o que exigiu também espaço no campo político. O governo do Estado Novo de 1937, sob a ditadura de Getúlio Vargas, possibilitou à burguesia estabilizar-se no poder e se uniu aos latifundiários e aos velhos comerciantes.

A sociabilidade e o desenvolvimento econômico passaram a exigir outro tipo de relação com o proletariado, por meio de concessões sociais, sustentada nas leis trabalhistas. A organização sindical, nesse período, era totalmente subordinada ao governo, sob um modelo do tipo corporativista.

A queda do governo de Getúlio começou a tomar forma em 1942, quando na Segunda Guerra Mundial se posicionou a favor dos aliados. Formalmente, estava ao lado de países considerados democratas, mas internamente vivia-se a ditadura do Estado Novo, ideologicamente insustentável.

Conforme Santos (2012), a etapa seguinte consistiu no período denominado de republicano democrático (1945-1964), com a posse do general Eurico Gaspar Dutra em 1945,

eleito por voto direto. Houve pouca ou quase nenhuma alteração em nível de gestão. Dutra havia recebido apoio de Vargas, que no calor da onda populista ainda tinha forte influência política.

A Constituição de 1946 previa o direito a greve no âmbito teórico, mas na prática era um movimento duramente reprimido. Nesse período, o modo de vida nos centros urbanos dispunha de características precárias, principalmente para a classe trabalhadora.

Getúlio Vargas retornou à presidência (1951-1954) por meio do voto popular. Seu segundo mandato, de cunho ainda mais populista e nacionalista, foi marcado pela criação de empresas estatais como a Petrobras, no ano de 1953.

Para Marini (2013), esse momento do governo Vargas, fundamentado nas ideias nacionalistas, possibilitou exercer um controle ideológico sobre as massas. Destacam-se nesse período: a criação em 1952 do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico, a concretização do Plano Salte (investimento público em Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), o Plano Rodoviário Nacional, o Fundo Nacional de Eletrificação e o projeto estatal de energia elétrica (Eletrobras). A estratégia do governo era aliar todos esses projetos com a política trabalhista, com o propósito de atrair o apoio dos trabalhadores.

Contudo, essa busca pelo desenvolvimento econômico e pela industrialização conduziu a um déficit na balança comercial, pelo grau acelerado de importações subsidiadas com a finalidade de equiparar a crescente indústria nacional e pelo aumento dos empréstimos com o mercado externo. “Do déficit, caminhamos para o descontrole na emissão de moeda para cobrir os gastos públicos e para inflação que, daí por diante, será um problema a agravar-se e tornar vulneráveis todos os presidentes até 1964” (Santos, 2012, p. 80-81).

Esse quadro econômico no país trouxe descontentamento, devido ao elevado custo de vida provocado pela inflação e à estagnação do salário mínimo, o que contribuiu para a organização de greves. O governo criava estratégias para evitar o crescimento da oposição; a principal oposição a Vargas provinha da União Democrática Nacional (UDN), partido composto por uma ala de políticos mais conservadores e parte dos representantes do Exército, que se opunham às medidas mais populistas do governo e reivindicavam uma postura mais incisiva na luta contra o “comunismo”.

Um acontecimento que marcou o fim da era Vargas em 1954 foi a tentativa frustrada de assassinato de Carlos Lacerda, dono do *Jornal Tribuna da Imprensa*, um político da UDN e um dos principais críticos ao governo. Isso resultou na morte de Rubem Vaz, major da Aeronáutica e, na ocasião, segurança de Carlos Lacerda. Tal fato tornou insustentável a

permanência de Vargas na presidência, pois parte do Exército e da oposição exigia a renúncia do então presidente, que se suicidou em 24 de agosto de 1954 (Santos, 2012).

Após a morte de Getúlio, a presidência foi assumida pelo seu vice, Café Filho, até 1955, quando Juscelino Kubitschek e seu vice João Goulart foram eleitos. A base do governo JK era uma política econômica nacional-desenvolvimentista, mediante uma relação mais estreita com o capital estrangeiro.

A esse respeito, Marini (2013, p. 81) observa que

[...] entre 1955 e 1961, o montante total de capitais estrangeiros que entraram no país sob a forma de financiamento ou investimento direto foi de cerca de 2,3 bilhões de dólares. Fato que não poderia deixar de ter influência sobre o equilíbrio social e político existente.

Já no primeiro ano de Governo, foi apresentado o Plano de Metas, que consistia no investimento público em áreas estratégicas (transporte, energia e comunicação). Investiu-se também na edificação de uma nova capital: Brasília, com destaque para a atração do capital estrangeiro e com expressivas facilidades fiscais. Grande parte desse capital foi destinada a atividades de infraestrutura, na indústria leve e pesada; outra parte desse capital foi destinada a empresas nacionais, o que possibilitou a importação de equipamentos sem cobertura cambial.

Nesse período, apesar de certo desenvolvimento econômico, a balança comercial ainda apresentava déficit entre importações e exportações. Santos (2012) observa que havia um plano para intervir nessa situação: tratava-se de um empréstimo americano, que precisava da aprovação do Fundo Monetário Internacional (FMI). No entanto, essa situação provocou incômodo em setores da esquerda e nos segmentos mais nacionalistas.

O governo JK foi marcado pela característica de conciliação: evitava posicionamentos extremos, ficando mais ao “centro” do campo político. Ao final do seu mandato, preocupado com a sucessão e com pretensões políticas futuras, JK rompeu com o FMI e desprezou a tentativa de estabilizar a economia.

Nas eleições de 1960, Jânio Quadros e o vice João Goulart foram eleitos. Jânio ganhou popularidade com seu discurso de combate à corrupção. O símbolo de sua campanha política era uma vassoura, pois a corrupção deveria ser “varrida”.

No campo econômico, defendeu uma nova política cambial; esta criava um mercado para as importações e exportações. A taxa de câmbio era fixada livremente, deixando de ser um dos instrumentos da política econômica e passando a ser substituída pela tributação interna sobre importações e exportações.

Conforme Marini (2013), os grandes grupos econômicos da indústria, da agricultura e do comércio de exportação aplaudiam as diretrizes econômicas da nova política cambial, que tinham duplo objetivo: desafogar o setor externo, ampliando os recursos do Estado para atender aos compromissos com a dívida externa; e o aprofundamento do liberalismo econômico, que obrigava a economia interna a alcançar uma racionalização, de modo que os setores que não fossem capazes de enfrentar a concorrência seriam progressivamente eliminados. Isso deixava as pequenas e médias empresas expostas aos interesses dos grandes grupos econômicos.

O governo objetivava aliviar a questão junto ao setor externo. Num primeiro momento, buscou negociar a recomposição da dívida externa; simultaneamente, intentava a obtenção de novos créditos nos Estados Unidos, na Europa e junto a países socialistas. Num segundo momento, a proposta era a reformulação do comércio exterior, com vistas a ampliar o mercado das exportações tradicionais e diversificá-lo com a inclusão de manufaturados (Marini, 2013).

Do ponto de vista diplomático, Jânio buscou uma aproximação com os países socialistas; “enviou uma missão comercial à China, encabeçada pelo vice-presidente Goulart, iniciou uma ativa política na África, abrindo novas embaixadas e consulados e enviando missões comerciais aos jovens países desse continente” (Marini, 2013, p. 93).

Jânio Quadros ficou por sete meses na presidência. Nesse curto período, não conseguiu dar sequência ao governo de conciliação entre os interesses de direita e esquerda, como fizeram seus antecessores, uma vez que a aproximação com os países socialistas colocou em evidência as prerrogativas da Guerra Fria, ainda mais polarizada pela Revolução Cubana (1959).

Jânio tinha como proposta uma “reforma institucional” com a atuação do Estado em setores como a questão agrária, que exigia uma reforma global com o estabelecimento de uma política de preços mínimos a fim de favorecer o pequeno e o médio agricultor, a partir de créditos fornecidos sem dificuldades burocráticas, com a criação das “unidades móveis de crédito rural” do Banco do Brasil. Essa proposta se apresentou como uma afronta à estrutura de dominação dos latifundiários sobre os camponeses (Marini, 2013).

Tais propostas despertavam o descontentamento de setores importantes da sociedade. Diante das dificuldades impostas pelas condições histórico-concretas, Jânio, após vários ataques da oposição, renunciou ao cargo de presidente em 25 de agosto de 1961. No momento da renúncia, o vice João Goulart (Jango) estava na China, considerada comunista.

Os militares temiam a entrega do poder a Jango e tentaram impedir o cumprimento da Constituição. Como manobra o Congresso garantiu a posse de Jango, todavia adotou-se como regime de governo o parlamentarismo, com vistas a diminuir os poderes presidenciais (Santos, 2012).

João Goulart governou o país por dois anos e meio, e não deixou de lutar pela volta do presidencialismo, o que só foi possível em janeiro de 1963. Seu governo se caracterizou como um importante período progressista na história do país. Seu plano econômico foi denominado de Plano Trienal de Desenvolvimento, e traçava paralelamente uma série de diretrizes para reformas estruturais: administrativa, fiscal, agrária e bancária.

De acordo com Santos (2012), as medidas propostas por Jango, embora não buscassem implantar o socialismo no país, mas pelo simples fato de terem a pretensão de alterar a estrutura distributiva de renda, com vistas a atenuar as desigualdades sociais, tornaram-se um problema a ser combatido, o que impediu a sua concretização.

As propostas de reformas não atingiam a maioria dos votos no Congresso. Se por um lado as negociações com os Estados Unidos para investimento no Plano Trienal esbarravam na fama do governo Jango de associação com o comunismo, por outro lado os setores nacionalistas mais radicais criticavam o plano pela dependência do capital estrangeiro.

O governo de João Goulart com seu projeto reformista, apesar de não ser revolucionário, representava uma ameaça e colocava em risco os privilégios da grande burguesia, dos latifundiários e das empresas imperialistas. Esses setores protagonizaram o apoio à instauração do regime ditatorial (Netto, 2014).

Em janeiro de 1964, Jango utilizou como estratégia a organização de comícios para anunciar ao povo as reformas que deveriam ser aprovadas por meio de decretos. O discurso incisivo representou uma ameaça às classes médias urbanas, que passaram a apoiar a proposta de um golpe militar, em nome de movimentos em prol da família e de Deus. Houve uma adesão unânime das classes dominantes. “Com o suporte da ‘doutrina de Segurança Nacional’ os militares instauram a ditadura, sob o pretexto de ‘purificar a democracia’ de seus elementos subversivos.” (Santos, 2012, p. 85).

No contexto internacional pós-1945 na América Latina, aconteceram movimentos e revoluções no sentido de contestação ao imperialismo: a Revolução Cubana (1959), o governo de Salvador Allende no Chile (1971-1973) e a Revolução Sandinista na Nicarágua (1979). Em linhas gerais, esses movimentos foram enfrentados com golpes civil-militares e com o apoio direto dos Estados Unidos.

O período da Ditadura Militar (1964-1985) deve ser analisado como um importante período histórico, sob os mais diversos aspectos. Levanta-se a convicção que se tratou de um golpe, articulado aos interesses da classe dominante. O dia 1º de abril de 1964 marcou o golpe militar, que vigorou por vinte anos. Netto (2014) considera que o período articulou o poder (político-coercitivo) das armas para viabilizar o exercício do poder (econômico-social) do grande capital.

Conforme Santos (2012), cumpre salientar dois aspectos acerca do golpe. O primeiro diz respeito à forma como o Exército se firma no poder, intervindo nas disputas políticas em torno do Estado; o segundo é a união destes contra o populismo, com a proposta de os próprios militares assumirem a condução política. Logo após o golpe, passaram a exigir uma legislação que permitisse a cassação de mandatos e a demissão de funcionários públicos, com o objetivo de promover uma “limpeza ideológica” no país.

Marini (2013) chama a atenção para o fato que o momento demandou uma adequação e conciliação entre os interesses nacionais do país e a política hegemônica mundial, sustentada pelos interesses dos Estados Unidos.

A repressão do período atingiu, sobretudo, os setores que se destacavam pela posição nacionalista e de esquerda: os estudantes, as universidades, as ligas camponesas, os sindicatos, artistas, cientistas, padres e todos aqueles que defendiam os interesses democráticos. Esse regime tratou de perseguir, torturar, exilar, prender e assassinar os considerados subversivos.

Estabeleceu-se de pronto um Serviço Nacional de Informação (SNI), para investigar “atos subversivos”. Esse órgão adquiriu tamanha autonomia em face do Executivo, que se notabilizou pelas perseguições, torturas e desaparecimentos, mesmo quando a orientação do Executivo passou a ser de “abertura do regime”. (Santos, 2012, p. 87).

O governo militar do marechal Castelo Branco (1964-1967) adotou, do ponto de vista da política econômica, medidas consideradas ortodoxas para o combate à inflação. Eram medidas impopulares, que resultavam do aumento do custo de vida e na estagnação dos salários. Em momentos históricos anteriores, essas medidas eram enfrentadas por meio de reivindicações da classe trabalhadora; nesse momento, tais ações eram neutralizadas pela ação repressiva do Estado.

Conforme Santos (2012), a política econômica ortodoxa contribuiu para o período que ficou conhecido como “milagre econômico” (1969-1973) e que fez avançar a industrialização pesada. O modelo econômico adotado estava a serviço do grande capital, tanto para atender

aos interesses dos monopólios estrangeiros, quanto para atender aos interesses da burguesia local.

Em contrapartida, é possível observar como esse regime evidenciou o seu caráter de classe, com a política de arrocho salarial que conduziu a uma maximização da exploração da força de trabalho, para realizar uma “acumulação predatória”, uma política salarial que atingiu, sobretudo, a classe trabalhadora, em nome de uma “estabilização econômica”. Essa política econômica possibilitou o aumento da concentração de renda, consolidando a histórica desigualdade econômica-social no país (Netto, 2014).

Durante esse governo foram promulgados os Atos Institucionais (AIs) 2 e 3, que previam o fim de eleições diretas para a presidência da República e a extinção de vários partidos políticos. O quadro partidário brasileiro se restringiu a dois partidos: Arena e MDB.

Castelo Branco procurou aprovar uma nova Constituição que incorporasse os conteúdos dos atos instrucionais, com a finalidade de conferir-lhes maior legitimidade. Desse modo, a Constituição de 1967 foi aprovada em janeiro daquele ano, um dos últimos feitos do seu governo. Em março de 1967, passou a faixa ao sucessor, Costa e Silva.

Costa e Silva tomou posse e passou a governar com o perfil mais próximo à “linha dura”, após a promulgação do AI-5, aprovado em dezembro de 1968, que concedeu aos militares amplos poderes para exercerem os piores atentados contra os direitos individuais e coletivos. Estabeleceu-se na prática a censura aos meios de comunicação. O AI-5 permaneceu vigente até 1979.

Com o AI-5, pareceu que o arbítrio tonava-se absoluto: o poder do Executivo central não conheceu limites – realizou-se o *Estado de Segurança Nacional*. Não havia instância de recurso contra medidas previstas pelo AI-5, a Justiça Militar reinava sem restrições, a censura à imprensa tornou-se draconiana, a suspensão do *habeas corpus* abriu o caminho para longos períodos de tortura para os presos. O Estado tornava a violência o seu instrumento sistemático e prioritário de manutenção – a partir de então, a tortura não conheceria nem mesmo fronteiras de classe. (Netto, 2014, p. 135).

No plano econômico, Costa e Silva contou com a direção de Delfim Neto, que introduziu algumas alterações na estrutura macroeconômica, sem modificar a política de arrocho salarial. Introduziu o Plano Estratégico de Desenvolvimento, com a proposta de centralização tributária para um maior controle do Executivo federal sobre as contas públicas, o aumento de crédito ao setor privado e o estímulo às exportações. Essas modificações conduziram ao “milagre econômico” dos anos seguintes (Netto, 2014).

O governo de Costa e Silva foi interrompido por questões de saúde, sendo finalizado por uma junta de militares durante os últimos dois meses. Em 1969, o general Garrastazu

Médici (1969-1974) assumiu a presidência e deu continuidade à política repressiva do governo anterior. Era um homem da “linha dura”, que aprovava sem restrições o AI-5. Os anos do seu governo ficaram conhecidos como “anos de chumbo”, no que diz respeito às ações de censura e ao aniquilamento de segmentos da oposição, atingindo também setores da cultura e da ciência.

Do ponto de vista econômico, recuperou os indicadores, dando viabilidade ao chamado “milagre econômico” até 1973. Vale ressaltar que “o “milagre” foi o responsável pela “aura de legitimidade” adquirida pelo regime perante a classe média e a burguesia industrial, que crescia associada ao capital estrangeiro” (Santos, 2012, p. 89).

Esse modelo econômico tinha como base um robusto investimento do Estado em setores não lucrativos, ou de baixa lucratividade, mas necessários ao desenvolvimento (energia, telecomunicações, siderurgia, estradas). Em contrapartida, esses investimentos garantiam uma alta lucratividade ao capital. A abertura ao capital estrangeiro consistia na principal estratégia, contribuindo para a desnacionalização da economia.

Como apontado, a viabilidade do crescimento econômico era um fator que legitimava o regime militar, principalmente junto à classe dominante. Netto (2014) analisa que entre 1960-1970, houve uma taxa de crescimento significativa de 6,01% ao ano, todavia a massa da população não se beneficiou com esse crescimento, pois a concentração de renda ficava cada vez mais acentuada. “O índice de Gini passou a 0,56 em 1970, e a parte da renda nacional apropriada pelos 40% mais pobres caiu para 13,3% – o *arrocho salarial* marcou todo o período de 1964-1970.” (Netto, 2014, p. 146).

A sustentação desse projeto econômico possibilitou a expansão e a consolidação do capitalismo no país. Nesse processo, as relações capitalistas adentram a realidade agrária, agrícola e agropecuária no país, sem abandonar as formas pré-capitalistas sustentadas nos grandes latifúndios. Trata-se da modernização conservadora (Netto, 2014).

Em 1974, o “milagre econômico” experimentou um período de decadência. Assume a presidência o general Ernesto Geisel. A crise econômica demandou uma abertura lenta e gradual. Em março de 1974, Geisel anunciou seu objetivo de promover um “gradual, mas seguro, aperfeiçoamento democrático”. O principal pilar de sustentação do regime começou a apresentar sinais de enfraquecimento, causando o descontentamento de setores da classe média.

Esse período demandou uma maior organização política; houve uma organização crescente dos sindicatos rurais, dos movimentos organizados pela Pastoral da Terra e do

movimento operário, principalmente dos operários do setor privado, da indústria automobilística (os metalúrgicos), o que resultou nas greves do ABC paulista em 1978 e 1979 (Santos, 2012).

É importante destacar o cenário internacional nesse período que imprimiu mudanças significativas na dinâmica do sistema capitalista. As economias dos países centrais vivenciaram um período de crise e recessão econômica a partir de 1973, sustentada principalmente na crise do petróleo, ocasionando uma inversão na curva de crescimento econômico que estava em ascensão desde o final da Segunda Guerra Mundial (1945).

Esse cenário de crise internacional tem reflexos na economia nacional, uma vez que o contexto exigiu uma reconfiguração nas relações entre os países capitalistas centrais e os periféricos. Esse é o pano de fundo no qual se assenta também a crise do “milagre” econômico brasileiro.

Na busca por salvaguardar a economia, Geisel restabeleceu algumas relações diplomáticas, estreitou as relações com a Europa Ocidental em visita à França e à Inglaterra em 1976 e estabeleceu relações com a República Popular da China. A dependência financeira, centrada anteriormente nos Estados Unidos, se dispersa para outros países.

Em março de 1979 chega ao fim o governo de Geisel. Dá-se posse a seu sucessor, o general João Batista de Oliveira Figueiredo (1979-1985). Num processo de caminhada para a decadência do regime militar, anunciou já em seus primeiros meses de mandato que seu objetivo era conduzir o país à abertura democrática.

No plano econômico é importante ressaltar o quanto o quadro recessivo na economia dos países centrais teve rebatimentos na economia do país. Nesse período, os Estados Unidos decidiram elevar as taxas de juros, o que impactou os países latino-americanos, sobretudo aqueles com dívidas externas. “A dívida externa brasileira saltou de 49,9 bilhões de dólares (1979) para 91 bilhões de dólares (dezembro de 1984).” (Netto, 2014, p. 213).

Os períodos de crise e recessão atingem de forma mais contundente a classe trabalhadora, com elevados índices de desemprego, queda dos salários e aumento da pobreza.

Tratava-se de uma pobreza em ascensão: a população com renda domiciliar *per capita* inferior à linha da pobreza passou de 38,78% em 1979 para 48,39% em 1984; crescia em especial a extrema pobreza: os brasileiros extremamente pobres saltaram de 17,25 milhões em 1979 para 23,70 milhões em 1984. (Netto, 2014, p. 214).

Esse cenário de crises, somado às mobilizações populares e ao descontentamento até mesmo de setores da classe média e segmentos da burguesia tradicional, ofertou as condições históricas e sociais que fizeram ruir as engrenagens que sustentavam a política ditatorial.

Em 1979 foi aprovada a Lei Orgânica dos Partidos Políticos, o que possibilitou a supressão do bipartidarismo (Arena e MDB), imposto desde 1965, e deu espaço ao pluripartidarismo. A partir da reformulação, a Arena passou a ser o Partido Democrático Social (PDS), o MDB se tornou o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), e foram criados o Partido dos Trabalhadores (PT), o Partido Democrático Trabalhista (PDT) e o Partido Popular (PP). Os partidos comunistas ficaram na ilegalidade até 1985 (Netto, 2014).

É importante destacar o papel significativo da classe operária no período, que se reinsere na cena política. As greves e mobilizações fortaleceram as lutas contra a ditadura militar e revitalizaram as lutas de classe, com o protagonismo do proletariado.

As mobilizações políticas do período conduziram a um movimento de massas na defesa pelas eleições “Diretas Já”, contudo a Emenda Dante de Oliveira, que tinha como proposta a realização das eleições diretas, não foi aprovada no Congresso Nacional.

Ocorreram em 1985, no Colégio Eleitoral, as eleições – ainda de forma indireta, pelo voto do Legislativo. Foram disputadas por Paulo Maluf (candidato pelo PDS, antigo Arena) e Tancredo Neves (PMDB), tendo como vice José Sarney. Venceu as eleições Tancredo Neves, porém devido a problemas de saúde que levaram à sua morte, quem assumiu a presidência foi José Sarney. Esse processo possibilitou a transição democrática no país e instituiu a “Nova República”.

Esse novo momento exigia também uma nova Constituição, formulada a partir da Assembleia Nacional Constituinte de 1987. O deputado Ulysses Guimarães foi o presidente da Assembleia. Houve disputa de interesses em seu interior, parte composta pelos *lobbies*, sob o comando de partidos mais conservadores (PDS, PFL), e parte conservadora e elitista do PMDB. Segundo Netto (2014), esse segmento ficou conhecido como *Centrão*. Fazia a defesa dos interesses da classe dominante e, por outro lado, era composto por parlamentares que defendiam os direitos sociais e o Estado Democrático de Direito.

Desse modo, a Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988, apresenta em seu escopo um avanço no âmbito dos direitos sociais e políticos, contudo, no campo do ordenamento econômico, reproduz uma formação conservadora.

A formação sócio-histórica brasileira imprimiu particularidades no capitalismo brasileiro, e, por conseguinte, na conformação da “questão social”. A análise apresentada por Santos (2012), fundamentada na tese de Netto (1996), evidencia três características que alicerçam as particularidades do capitalismo brasileiro.

A primeira é o aspecto conservador da modernização operada pelo capitalismo. Esse se desenvolveu ancorado no “atraso”, que situou o país na divisão internacional do trabalho como um latifúndio produtor de monocultura para exportação e fomentou a concentração fundiária. Poucos possuíam terras e condições de investimento. O processo de industrialização ficou restrito aos bens de consumo e fortaleceu a dependência do país com a industrialização avançada, devido à importação de bens de produção, fato que justifica a condição periférica e retardatária do capitalismo brasileiro.

A segunda característica referida pela autora é a exclusão da população nos processos decisórios; a fragilidade dos mecanismos democráticos. Trata-se de uma “revolução passiva”, nos termos de Gramsci. É importante destacar que na história do país assistiu-se a períodos democráticos pouco sólidos; as classes dominantes brasileiras sempre flertaram com o autoritarismo e se associaram às limitações democráticas demandadas pela política imperialista. “O capitalismo institui-se por aqui tentando minimizar os ‘custos democráticos’ decorrentes do padrão civilizacional alcançado pela luta de classes, especialmente nas sociedades euro-ocidentais.” (Santos, 2012, p. 113).

A terceira característica apontada é a centralidade da ação do Estado na constituição do capitalismo, bem como seu papel político nas lutas de classe. Caso se tome como exemplo o período varguista, observam-se algumas “concessões” do Estado no que diz respeito aos direitos promulgados e aos serviços socioassistenciais concedidos, em busca de conter mobilizações e conflitos com a classe trabalhadora. Isso explica a “aparente passividade” dessa classe, que historicamente tem suas organizações e lutas canalizadas pelas vias institucionais. Ademais, o Estado financia o capital, com investimentos em infraestrutura e despesas que vão garantir a reprodução do sistema, pois a burguesia nacional sozinha não seria capaz de sustentar tais investimentos.

A histórica intervenção do Estado na economia, conforme Santos (2012), desvela que o liberalismo econômico (a mão invisível do mercado, que dispensa a intervenção do Estado) que se constitui na realidade brasileira era, de fato, um liberalismo “adaptado”. É evidente a dependência da burguesia nacional em relação ao Estado, e deste em relação ao imperialismo.

Apontadas as particularidades que caracterizam o capitalismo brasileiro, Santos (2012) apresenta as mediações necessárias para compreender as particularidades da “questão social”. Como ponto de partida, a autora considera o desemprego uma expressão central. A pobreza compõe uma expressão inegável e pode ser entendida a partir das dificuldades dos sujeitos de lograrem a reprodução social autônoma. Mesmo os trabalhadores formais ou informais podem

se encontrar em condição de pauperização, contudo o desemprego conduz à pauperização que obsta o acesso a outros meios sociais: saneamento básico, habitação, educação, saúde etc. Portanto, a inserção no mercado de trabalho determina as condições de vida.

Historicamente, as relações de trabalho precárias sempre interessaram à classe dominante: “aos latifundiários, mas, também, ao imperialista, que tinha no baixo custo do trabalho um fator de garantia dos baixos preços das mercadorias brasileiras.” (Santos, 2012, p. 149).

A flexibilidade e a precariedade nas relações de trabalho e nas ocupações são traços que compõem de forma acentuada a “questão social” no Brasil. O desemprego enquanto expressão da “questão social” tomou contornos de desemprego estrutural; este se solidificou na realidade brasileira no auge da industrialização pesada (período ditatorial).

O processo de mundialização do capital a partir dos monopólios contribuiu para os retrocessos econômicos nos países de capitalismo periférico. É preciso destacar o caráter desigual da mundialização. Na história do desenvolvimento do capitalismo, o sistema se produz e reproduz em meio a crises cíclicas.

Como já abordado, a década de 1970 foi um período de recessão nos países de capitalismo central, devido à crise de superprodução, que tinha como base o modo de produção fordista, aprofundada pela crise do petróleo de 1973. A resposta do capital se deu com a implantação de um vasto processo de reestruturação produtiva caracterizado pela flexibilidade na produção e nas relações de trabalho, com o objetivo de recuperar as taxas de lucros, produzir mais em menos tempo, com estoques reduzidos, configurando o modelo de produção toyotista.

Isso demandou a reorientação do papel do Estado no processo de financeirização do capital.

Faz parte desse quadro em nível mundial o aumento, sem precedentes, do desemprego decorrente da adoção das novas tecnologias poupadoras de mão de obra, aprofundando o fosso que separa não só esses dos empregados, mas, entre esses últimos, os que ocupam postos de trabalho com melhores remunerações e aqueles que têm seus contratos terceirizados ou temporários. A fragmentação da classe trabalhadora a partir da fragilização de seus vínculos empregatícios é notável, enfraquecendo os mecanismos sindicais, componentes centrais do período fordista. (Santos, 2012, p.184).

Como analisa Silva (2009), nos países de capitalismo periférico, o processo de reestruturação produtiva e a redefinição do papel do Estado ocorreram em formas, ritmos e épocas diferentes dos países centrais, em face das particularidades históricas, econômicas e políticas que os conformam. O traço comum desses países, a partir da política econômica

estabelecida nos anos 1970, é a subordinação às regras criadas pelos países centrais, ancoradas no Fundo Monetário Internacional (FMI) e no Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Bird). Os efeitos dessa política econômica são sentidos de forma mais perversa pela classe trabalhadora dos países periféricos.

Retomando a análise da realidade brasileira, há que se considerar que o Brasil não vivenciou um período de bem-estar social como os países centrais e, portanto, a flexibilidade das relações de trabalho é uma característica dominante e histórica do processo produtivo. O que ocorreu no Brasil na década de 1990, com a adesão às políticas neoliberais, foi o aprofundamento e a expansão da flexibilidade estrutural das relações de trabalho, o que contribui para a rotatividade de mão de obra.

Já os postos de trabalho ocupados por trabalhadores com pouca escolaridade foram substituídos por trabalhadores com mais qualificação, reforçando ações discriminatórias no processo de contratação da força de trabalho, aspecto que contribuiu para o aumento dos índices de desemprego e da informalidade.

Nesta perspectiva, situa-se como expressão da “questão social” a População em Situação de Rua, que é multideterminada, mas encontra o cerne comum na organização da sociedade capitalista, sobretudo na forma como as relações de trabalho se concretizam.

A seção que segue pretende apresentar, a partir das mediações até aqui descritas (formação sócio-histórica, mundo do trabalho e relações sociais), que atravessam as particularidades brasileiras, a correlação com o aprofundamento do fenômeno População em Situação de Rua.

1.3 População em Situação de Rua no Brasil

Para a análise da População em Situação de Rua no Brasil, o presente estudo tem como referência central as análises de Silva (2009), que relaciona o fenômeno às relações de trabalho. Trata-se de um síntese de múltiplas determinações, que nas sociedades capitalistas se produz e reproduz a partir da relação entre capital e trabalho, inerente ao processo de acumulação de capital.

O Brasil adentrou propriamente na dinâmica do processo de reestruturação produtiva na última década do século XX, assentando os princípios e fundamentos do neoliberalismo, como apontado na seção anterior. Essa forma de organização das relações de trabalho contribuiu para o aumento do desemprego e, conseqüentemente, para o agravamento das

expressões da questão social. É nesse período que se torna mais expressivo o número de pessoas em situação de rua no país, principalmente nos grandes centros urbanos:

No Brasil, no período entre 1995 e 2005, as mudanças no mundo do trabalho contribuíram para a ampliação de uma superpopulação relativa ou exército industrial de reserva e aprofundaram as desigualdades sociais e a pobreza, deslocando as relações com o trabalho para o centro das determinações do fenômeno. (Silva, 2009, p. 21).

Para caracterizar a População em Situação de Rua, essa autora menciona seis aspectos que considera relevantes. O primeiro corresponde a **“suas múltiplas determinações”**, isto é, parte do reconhecimento da multiplicidade de fatores que conduzem à situação de rua, *fatores estruturais*: “(ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e sociais de forte impacto social etc.)”; *fatores biográficos*, vinculados à história de vida dos sujeitos: “(rupturas de vínculos familiares, doenças mentais, consumo frequente de álcool e drogas, infortúnios pessoais – mortes de todos os componentes da família, roubo de todos os bens, fuga do país de origem etc.)”; e por fim, *fatores vinculados a desastres naturais*: “terremotos, inundações etc.”. O fenômeno não se explica a partir de um único determinante; os fatores que se destacam estão vinculados à estrutura da sociedade capitalista (Silva, 2009, p. 105).

O segundo aspecto considerado pela autora é a necessidade de situar o fenômeno enquanto **“expressão radical da questão social na contemporaneidade”**. Observou-se na seção precedente que a “questão social” é inerente ao modo de organização do sistema capitalista e suas manifestações se conformam em relação com as particularidades históricas e estruturais de cada país. A análise da “questão social” na contemporaneidade requer decifrar as desigualdades sociais de classe, considerando os recortes de gênero, raça, etnia, religião, nacionalidade e meio ambiente (IAMAMOTO, 2004 apud Silva, 2009, p. 106).

A compreensão do fenômeno população em situação de rua a partir de tais mediações possibilita uma análise de totalidade, que quando não considerada conduz a uma fragmentação que deposita no sujeito a responsabilidade por sua condição, isentando a sociedade de classes, que reproduz desigualdades sociais.

O terceiro aspecto que caracteriza a população em situação de rua é **“sua localização nos grandes centros urbanos”**. A autora salienta que a circulação de capital ocorre de forma mais intensa nos grandes centros urbanos, assim como as alternativas de trabalho, ainda que em ocupações precárias. Como exemplo, a coleta de materiais recicláveis. Nos grandes centros, a quantidade diária de lixo urbano é maior, podendo ser mais atrativo aos catadores,

além do fluxo maior de pessoas, sobretudo em áreas comerciais, espaços em que as pessoas em situação de rua buscam se inserir para desenvolver atividades informais: olhar carros, vender produtos com baixo valor comercial ou até mesmo pela facilidade de receber doações.

Os grandes centros urbanos contam com mais serviços de acolhimento para essa população, normalmente vinculados ao terceiro setor. Em sua maioria, dispõem de serviços públicos que ofertam alimentação e espaço para a realização da higiene pessoal, estrutura que os municípios de pequeno porte, em geral, não oferecem (Silva, 2009, p. 116).

A quarta característica **“é o preconceito como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído pela sociedade às pessoas atingidas pelo fenômeno”**. A discriminação vivenciada por esse segmento traduz-se nos diversos estereótipos e nas denominações pejorativas que são utilizadas para se referir às pessoas em situação de rua: “vagabundos”, “mendigos”, “bandidos”, “vadios”, “loucos”, “sujos”, “doentes mentais” etc. Eles são tratados de forma indigna, como se não pudessem ter espaço e acessos nos centros urbanos; são alvo de medo, desconfianças e de ações repressivas (Silva, 2009, p. 119).

As práticas higienistas, direcionadas para camuflar o fenômeno, mediante massacres, extermínios ou recolhimento forçado dessas pessoas das ruas, continuam presentes nos grandes centros urbanos do país, até mesmo conduzidas por órgãos do Poder Público. Essas práticas são impregnadas de preconceitos e estigmatizam as pessoas a quem são dirigidas (Silva, 2009, p. 120).

O quinto aspecto analisado pela autora **“são as particularidades vinculadas ao território em que se manifesta”**. Trata-se de um fenômeno com características gerais, mas que possui elementos que o particularizam no território em que se insere. Considerando o Brasil como um país com dimensão continental, conformado por particularidades regionais acentuadas, os hábitos, os valores e o perfil socioeconômico das populações se diferenciam conforme o território em que se manifestam, dada a diversidade de clima e as especificidades de cada espaço urbano, com hábitos e rotinas distintos (Silva, 2009, p. 121).

Por fim, a sexta característica dessa realidade **“é a tendência à naturalização do fenômeno”**. Essa premissa soma-se à invisibilidade da população em situação de rua diante das ações do Estado, com políticas sociais fragmentadas, assistencialistas e incapazes de atuar em face das desigualdades sociais geradas pelo sistema capitalista. A ausência de dados oficiais sobre essa população naturaliza o fenômeno, contribuindo para a invisibilidade. Dada a complexidade do fenômeno que cresce nas cidades, torna-se cotidianamente uma realidade a coexistência, e não mais causa indignação. Naturaliza-se como um produto da sociedade

moderna assentada sob os domínios do capital; a responsabilidade recai sobre os sujeitos que o vivenciam, isentando-se o Estado de enfrentá-lo (Silva, 2009, p. 122).

A População em Situação de Rua é uma expressão da forma como a sociedade capitalista se organiza. A naturalização do fenômeno é fundamentada na concepção liberal, e é nesse sentido que se tende a justificar o mito dos indivíduos em situação de rua como “livres”, pois escolhem “a liberdade” de viver nas ruas, desconsiderando sua história, as relações familiares e a perspectiva de classe social. Considera-se a vivência na rua de forma indeterminada, ou como uma fatalidade. Rodrigues e Fernandes (2020) consideram que nesta sociabilidade não existem indivíduos livres, as estruturas sociais operam sobre as ações e a subjetividade.

Outra concepção partilhada pelo ideário liberal é o fato de essa população ser ociosa e pejorativamente nomeada de “vagabundos”, a desconsiderar a ausência de empregos formais que deem conta de absorver toda a mão de obra disponível. Grande parte dessa população está inserida em trabalhos informais, extremamente precários, como coleta de materiais recicláveis, carga/descarga, flanelinha, vendedores etc. O discurso da meritocracia envolve esse aspecto de que o indivíduo merecedor é o que se esforça por meio do seu trabalho, mesmo que haja pessoas que trabalham de forma árdua, mas que pela irregularidade da ocupação não alcançam o reconhecimento em termos simbólicos e materiais.

Rodrigues e Fernandes (2020) chamam atenção ao cuidado que precisa existir ao expor esse fenômeno a partir da característica da invisibilidade. A argumentação parte do pressuposto do que é invisível e, por conseguinte, indiferente. Todavia, a População em Situação de Rua não é indiferente quando se trata de ações repressoras, punitivas e de controle por parte da segurança pública e do Poder Público; tampouco é invisível quando causa incômodo, sofre intolerância ou é alvo de ações violentas, humilhações e preconceitos.

É um pressuposto fático que o invisível não pode incomodar, mobilizar ações policiais, ser expulso de praças, locais públicos, como um princípio da porta giratória: não pode haver invisibilidade quando a intolerância entra em cena, muito pelo contrário, há uma maior visibilidade; por outro lado, quando a invisibilidade aparece, a intolerância se retira. (Rodrigues; Fernandes, 2020, p. 13).

A expressividade do fenômeno nos centros urbanos, sobretudo a partir da pandemia da Covid-19, evidencia sua visibilidade, por outro lado, podemos destacar que se torna invisível no que diz respeito ao acesso as políticas públicas e ao exercício dos direitos sociais.

É importante ressaltar que a população em situação de rua não é homogênea; há diferenciações em relação às características das pessoas que vivenciam o fenômeno. Pereira (2008) considera que essas diferenças podem estar nas múltiplas razões que conduzem à situação de rua: conflitos familiares, transtornos mentais, abuso de drogas, desemprego, inserção em trabalhos precários, distância do local de trabalho da moradia etc. Também são distintas as formas e estratégias de sobrevivência, seja por meio da prática de solicitar doações, seja pelo desenvolvimento de atividades irregulares e precárias, coleta de material reciclável, flanelinha, vendedores etc.

Apesar disso, há um traço comum que os coloca nesse agrupamento social: “[...] a situação limite de pobreza a que estão submetidos, isto é, o fato de fazerem da rua local de sobrevivência e estarem expostos aos mesmos perigos e condições subumanas de vida” (Pereira, 2008, p. 70). Não existe um único perfil; são perfis e, portanto, populações em situação de rua. A heterogeneidade é uma característica que perpassa esse segmento.

Na década de 1990, o fenômeno alcançou maior evidência nos centros urbanos, como já mencionado, correspondendo ao período em que o Brasil adotou a política neoliberal, a partir do processo de reestruturação produtiva, com a reorientação do papel do Estado e mudanças significativas no mundo do trabalho que contribuíram para o aumento do desemprego e da precarização das relações e condições de trabalho. Houve o crescimento da superpopulação relativa e dos índices de pobreza.

Conforme Silva (2009, p. 197), esse contexto revelou a presença cada vez maior de pessoas em situação de rua nos centros urbanos do país. “Indivíduos e famílias em situação de extrema pobreza compõem, de forma marcante, o cenário das ruas das cidades, na luta pela sobrevivência”.

Essa realidade passou a demandar ações e organização política para dar conta do fenômeno. Movimentos populares se organizaram no sentido de ofertar algum tipo de cuidado (distribuição de alimentação, local para pernoite) ainda fundamentado na filantropia, sem a estruturação de política pública, contando com ações do terceiro setor, a exemplo da Rede Rua em São Paulo.

Em 1993 foi criado o Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua, que objetivou uma maior mobilização em relação à luta pelo acesso aos direitos sociais. Organizaram-se seminários pelo Fórum que resultaram, em 2001, na realização do 1º Congresso Nacional dos Catadores de Material Reciclável e na 1ª Marcha do Povo da Rua, contribuindo para a visibilidade dessa população no cenário público (Brasil, 2011).

Em agosto de 2004, ações extremamente violentas resultaram na morte de sete pessoas em situação de rua, que foram atingidas com golpes na cabeça enquanto dormiam na região central de São Paulo, na Praça da Sé. O episódio ficou conhecido como “Massacre da Praça da Sé” e o dia 19 de agosto ficou marcado como o Dia Nacional de Luta da População de Rua. Esse fato deixou ainda mais em evidência a necessidade de uma Política Nacional para a População em Situação de Rua. Em 2005 foi criado o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), que fortaleceu a luta em torno de políticas públicas direcionadas ao segmento.

As mobilizações ganharam força com a formalização do MNPR, resultando em encontros para a discussão da política nacional e a formalização do primeiro Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua¹, que ocorreu nos anos de 2007 e 2008, publicada em 2009. Trata-se da primeira e única pesquisa da população em situação de rua. No mesmo ano foi publicado o Decreto nº 7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento.

O presente Decreto apresenta a seguinte concepção desse segmento:

Considera-se população em situação de rua o 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, 2009a).

Para Silva (2009), a pobreza extrema, o rompimento ou fragilidade dos vínculos familiares e a inexistência de moradia regular conduzem à utilização das ruas como espaço de sobrevivência. São condições que precisam ser consideradas e articuladas entre si.

A autora considera a pobreza extrema relacionada à apropriação privada dos meios de produção. Enquanto grande parte não se apropria desses meios e o acesso às riquezas socialmente produzidas é reduzido ou inexistente, além disso, a ausência de trabalho e renda regulares e a falta de acesso a políticas públicas contribuem para a perpetuação da pobreza extrema que se relaciona aos fundamentos que estruturam o fenômeno.

Já a fragilização e o rompimento dos vínculos familiares têm relação com preconceitos e intolerância, muitas vezes devido à orientação sexual, ao uso de substâncias psicoativas, à

¹ O I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua foi realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) entre agosto de 2007 e março de 2008, sendo executado pelo Instituto Meta. Foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua, distribuídas nas 71 cidades em que o levantamento foi conduzido (Brasil, 2009c).

difficuldade de lidar com doenças e transtornos mentais, e até mesmo a situações de ordem econômica, como o desemprego, que geram conflitos familiares.

A inexistência de moradia regular, somada às duas condições anteriores, leva à utilização dos logradouros públicos: ruas, marquises, viadutos, praças, parques ou até mesmo prédios, casas abandonadas e serviços de acolhimento temporários.

A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (Resolução 109/2009) regulamentou, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), os serviços específicos voltados ao atendimento dessa população, que se inserem na Proteção Social Especial de Média Complexidade, por meio dos serviços especializados de Abordagem Social e dos Centros de Referência Especializados para Pessoas em Situação de Rua (Centros POP).

Esse serviço tem como finalidade assegurar o acompanhamento especializado, por meio de atendimentos individuais e coletivos, e oficinas que visam ao fortalecimento ou à construção de novos vínculos interpessoais, tendo em vista a construção de novos projetos de vida (Brasil, 2009b, p. 27). No âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade, inserem-se os serviços de Acolhimento Institucional para Indivíduos e Famílias em situação de rua: Abrigos, Casa de Passagem, Acolhimento Noturno.

Um dos grandes desafios que existem em relação à população em situação de rua é o acesso a dados quantitativos e ao perfil dessa população. Apesar de estar previsto no art. 7º da PNPR que um dos objetivos é “instituir a contagem oficial da população em situação de rua”, esta não é realizada a nível nacional desde a última pesquisa publicada em 2009. A constante reivindicação é a inclusão dessa população nos censos demográficos, contudo, tanto o de 2010 como o de 2022 seguiram os métodos tradicionais de captação de dados apenas da população domiciliada, relegando à invisibilidade esse segmento.

O levantamento desses dados é de extrema importância para o processo de gestão, formulação e implantação de políticas públicas que possam auxiliar no processo de garantia de direitos das pessoas em situação de rua.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) vem publicando notas técnicas a respeito da estimativa da população em situação de rua. A mais recente foi publicada em fevereiro de 2023, de autoria de Marco Natalino: a nota técnica 103, intitulada “Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil 2012-2022”. O autor chama atenção para os prejuízos de não se ter uma contagem oficial dessa população e da não inclusão nos censos demográficos. Isso refletiu recentemente na dificuldade do Ministério da Saúde para

disponibilizar a quantidade suficiente de vacinas contra a Covid-19 a esse segmento, o que será aprofundado no capítulo 3 deste estudo.

É evidente que o desafio é muito maior quando se trata da contagem de pessoas não domiciliadas. Na maioria das vezes, são utilizadas as bases de dados oficiais do Governo Federal e só é possível ter acesso aos dados que são alcançados pelo Estado. Estes nem sempre conferem exatidão, uma vez que nem todas as pessoas em situação de rua acessam os serviços públicos ou possuem cadastros atualizados.

A estimativa publicada pelo Ipea baseou-se em dados coletados pelo Censo Suas². Ao preencherem o formulário do censo anualmente, todas as Secretarias municipais de Assistência Social devem informar ao Ministério da Cidadania o número de pessoas em situação de rua em seus municípios, para os municípios que informaram foram utilizados esses dados; já nos municípios que não contavam com um levantamento anual foi feita uma estimativa considerando as seguintes variáveis: “número de habitantes, pobreza (índice de vulnerabilidade social), grau de centralidade e dinamismo urbano, atuação da assistência social para com a população em situação de rua e número de pessoas em situação de rua no CadÚnico” (Natalino, 2023, p. 10).

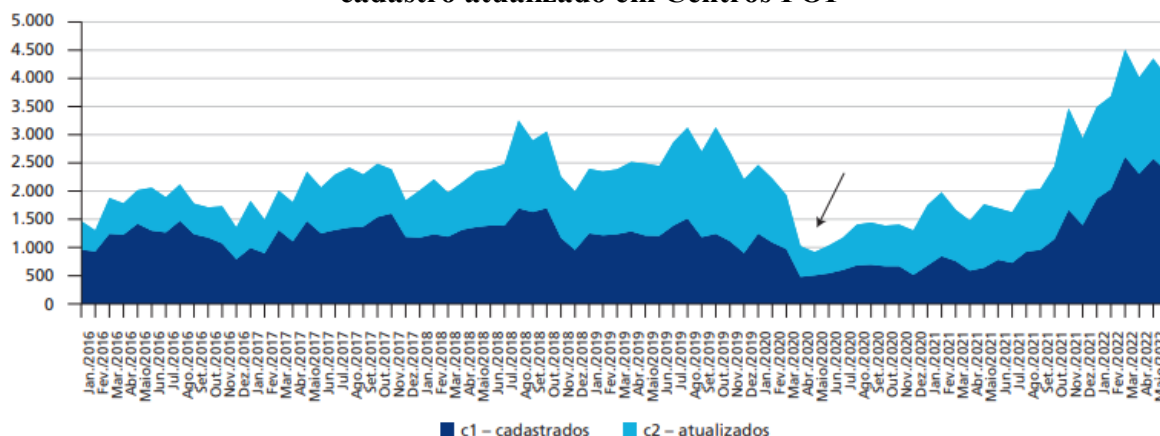
Considerando o contexto de pandemia da Covid-19 a partir de 2020 observam-se desafios para a coleta de dados, tendo em vista algumas mudanças operadas nos serviços e instituições públicas com a restrição de atividades e das demandas atendidas, uma vez que esta foi uma variável utilizada na coleta de dados.

Como demonstra o gráfico a seguir, o período com menor atualização e cadastramento no CadÚnico dessa população nos Centros Pop ocorreu entre março e abril de 2020, mesmo período em que foi declarado o estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin)³ em decorrência da pandemia de Covid-19.

² O Censo Suas (Sistema Único de Assistência Social) é um processo de monitoramento que coleta dados por meio de um formulário eletrônico preenchido pelas Secretarias e Conselhos de Assistência Social. É realizado anualmente desde 2007, por meio de uma ação integrada entre a Secretaria de Assistência Social e a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Brasil, 2011).

³ A Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-Ncov).

Gráfico 1 - Número de pessoas em situação de rua cadastradas no CadÚnico ou com cadastro atualizado em Centros POP



Fonte: Nota Técnica nº 103/2023- Ipea.

Conforme a estimativa publicada pela referida Nota Técnica em relação à população em situação de rua nos anos 2012-2022:

Estima-se que em 2022, existiam 281.472 pessoas em situação de rua no Brasil. O número é 38% maior que o valor estimado em 2019, e 211% superior ao estimado uma década atrás, em 2012. Para os anos de 2020 e 2021, os números estimados foram de 214.451 e 232.147 pessoas, respectivamente. (Natalino, 2023, p. 11).

O quadro a seguir apresenta a estimativa de pessoas em situação de rua por região. A região Sudeste concentra 53,65% desse segmento. Na região Norte, desde a pandemia, houve um aumento significativo dessa população (Natalino, 2023, p. 12).

Quadro 1 - Número de pessoas em situação de rua por Grande Região (2012-2022)

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
2012	3.147	16.088	46.702	15.928	8.615	90.480
2013	3.290	17.062	50.576	16.423	8.895	96.246
2014	3.656	17.804	57.482	17.859	9.850	106.650
2015	4.089	24.754	63.914	19.544	10.803	123.104
2016	4.622	27.698	74.197	21.957	10.313	138.785
2017	5.674	26.590	89.173	27.296	11.881	160.614
2018	7.826	29.827	99.796	32.975	14.325	184.749
2019	8.002	34.705	114.413	32.731	14.809	204.660
2020	9.404	35.721	120.104	34.809	14.413	214.451
2021	17.695	43.723	122.255	32.562	15.912	232.147
2022	18.532	53.525	151.030	39.178	19.207	281.472

Fonte: Nota Técnica nº 103/2023- Ipea. Elaboração: Natalino (2023).

Considerando os dados apresentados pelo Ipea, o autor da nota técnica (Natalino, 2022) chama atenção para a importância de considerar a base de dados do Cadastro Único, mas

reforça que a captação de dados apenas por meio dessa base apresenta desvantagens, sobretudo no que diz respeito a duas premissas básicas: a primeira é que não são todas as pessoas que estão em situação de rua que possuem cadastro, e até mesmo as que estão cadastradas podem não ter sido incluídas como pessoas em situação de rua.

O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal foi criado em 24 de julho de 2001, pelo Decreto nº 3.877; é um instrumento de identificação e focalização das características socioeconômicas das famílias de baixa renda. Posteriormente, foi regulamentado pelo Decreto nº 6.135/2007 e operacionalizado conforme a Portaria nº 177/2011. Atualmente é regulamentado pelo Decreto nº 11.016/2022 e constitui a porta de entrada para o acesso aos programas sociais do Governo Federal.

Conforme o Manual do Pesquisador do Cadastro Único, entre os objetivos desse instrumento estão: identificar e caracterizar os segmentos socialmente mais vulneráveis da população; apresentar indicadores que reflitam as várias dimensões de pobreza e vulnerabilidade nos diferentes territórios; servir como instrumento de planejamento e implementação de políticas públicas voltadas às famílias de baixa renda (Brasil, 2018).

O processo de cadastramento é uma atribuição da gestão municipal, mas para garantir a qualidade das informações registradas o compromisso deve ser de todos os entes federados na gestão compartilhada desse dispositivo. É importante a utilização de estratégias diferenciadas como a realização de busca ativa para localizar as famílias e pessoas de baixa renda que ainda não foram cadastradas (Brasil, 2018).

De acordo com Natalino (2023), o Cadastro Único não serve apenas como passaporte para acesso aos Programas Sociais; constitui também uma importante ferramenta de diagnóstico da população, uma vez que possibilita a tabulação de variáveis essenciais para a caracterização socioeconômica: raça/cor, escolaridade, localização geográfica, faixa etária etc. Contudo, o autor salienta que apesar de as pessoas em situação de rua cadastradas terem aumentado ano após ano, o número de cadastros ainda é significativamente menor do que a estimativa apresentada em seu estudo em relação ao total de pessoas em situação de rua no Brasil. “Em julho de 2022, a diferença estimada era de 31%. Dada essa realidade, faz-se necessário reforçar os esforços de busca ativa desse segmento populacional para fins de cadastro” (Natalino, 2023, p. 13).

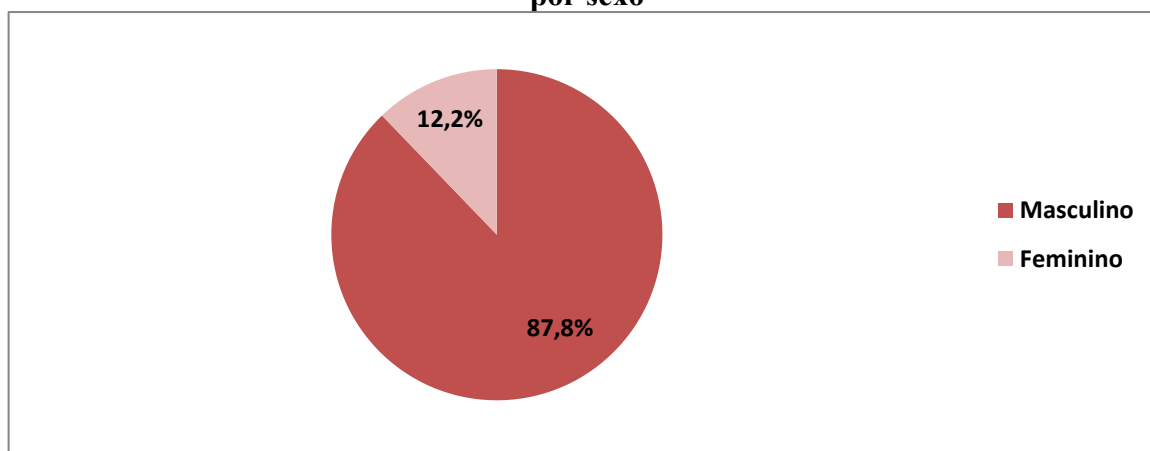
Serão apresentados com base nos dados extraídos do sistema de informação Cead (Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico)⁴ dados importantes que auxiliam

⁴ Todos os dados foram extraídos do *site* do Governo Federal https://cecad.cidadania.gov.br/tab_cad.php.

na identificação da população em situação de rua, com referência ao mês de janeiro de 2023, considerando as seguintes variáveis: número de pessoas em situação de rua inscritas no Cadastro Único, sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade.

Conforme demonstram os dados, estão inscritas no Cadastro Único 201.110 pessoas em situação de rua. Considerando a variável sexo, 176.555 são do sexo masculino, o que corresponde a 87,8%, e 24.555 são do sexo feminino, o que corresponde a 12,2%.

Gráfico 2 - População em Situação de Rua no Brasil inserida no Cadastro Único, por sexo



Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do Cead (jan. 2023).

É histórica a prevalência de homens em relação a mulheres em situação de rua, como demonstrado na Pesquisa Nacional realizada em 2007/2008. É importante ressaltar que nesta base de dados não foi encontrada a variável identidade de gênero, portanto não é possível identificar o quantitativo de mulheres e homens transgêneros em situação de rua.

Silva (2009) ressalta que a prevalência de homens em situação de rua tem relação com o processo histórico e cultural da construção social dos papéis de gênero. O homem historicamente responsável por garantir o sustento da família, em uma sociedade com elevadas taxas de desemprego, e aqueles que não conseguem cumprir com essa responsabilidade utilizam estratégias; uma delas é a saída de casa, devido às pressões sofridas. Já para as mulheres, a exposição a situações de violência traz maiores obstáculos. A realidade das ruas se coloca de uma maneira muito mais violenta sobre a vida e os corpos das mulheres.

Tanto no espaço público quanto no privado, as estruturas de dominação e o patriarcado refletem formas violentas sobre a vida das mulheres. Marsicano e Levinson (2020, p.99) consideram que as mulheres, ao saírem do ambiente doméstico, onde, na maioria das vezes, são as principais responsáveis pelos cuidados, e migrarem para as ruas, estariam se

desvinculando de relações de submissão. Quando as mulheres são impelidas a utilizar as ruas como espaço de sobrevivência o que acontece é uma transferência do local onde as relações de opressão acontecem, “[...] demonstrando que os padrões sociais de gênero e as relações tradicionais migram e se acomodam nesses espaços”.

A tabela 1 a seguir apresenta a variável faixa etária dividida da seguinte forma: 0-6 anos, 7-15 anos, 16-17 anos, 18-39 anos, 40-59 anos, 60-64 anos e 65 anos ou mais, tem-se:

Tabela 1 - População em Situação de Rua inserida no Cadastro Único de acordo com faixa etária

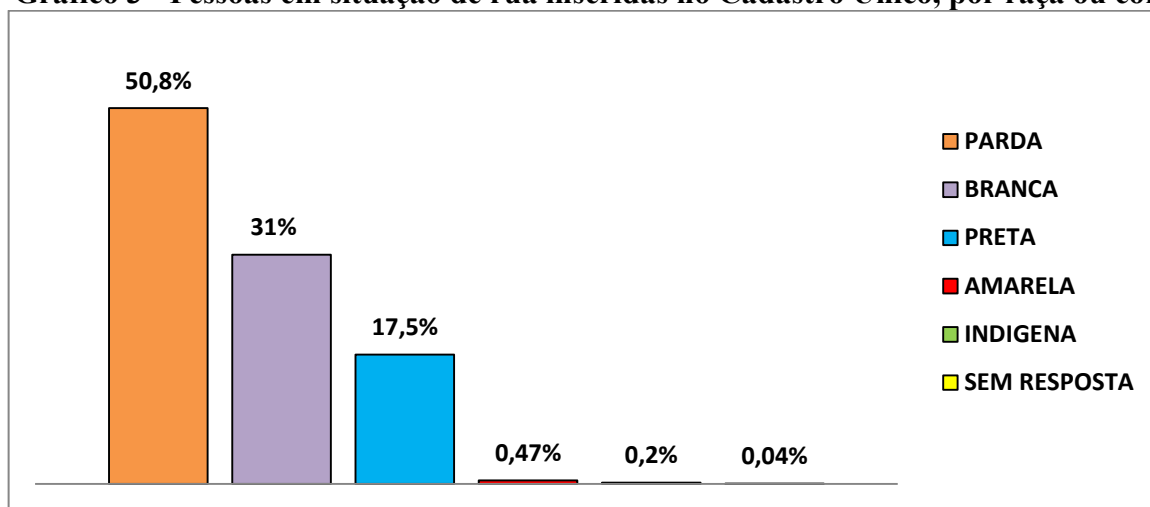
Faixa Etária	Número de PSR	Porcentagem por faixa etária (%)
0-6 anos	2476	1,23
7-15 anos	2107	1
16-17 anos	432	0,2
18-39 anos	84062	41,79
40-59 anos	94010	46,74
60-64 anos	10549	5,24
65 anos ou mais	7474	3,8
Total	201.110	100

Fonte: Cecad (jan. 2023). Elaborada pela autora (2023).

Observa-se uma prevalência de pessoas em situação de rua em idade adulta, consideradas as faixas etárias economicamente ativas, com destaque para a faixa etária de 18 a 39 anos e 40 a 59 anos, que somam 88,5% da população.

Considerando a variável raça ou cor, os dados do Cadastro Único apontam, com base na autodeclaração, a prevalência de pessoas que se autodeclaram pardas 102.100 ou 50,8% da população, seguida de brancas 62.486 ou 31%, pretas 35.056 ou 17,5%, amarelas 960 ou 0,47% e indígenas 398 ou 0,2%. Em 110 cadastros o campo raça/cor não foi preenchido, o que corresponde a 0,04%.

O gráfico 3 a seguir demonstra esses dados:

Gráfico 3 - Pessoas em situação de rua inseridas no Cadastro Único, por raça ou cor

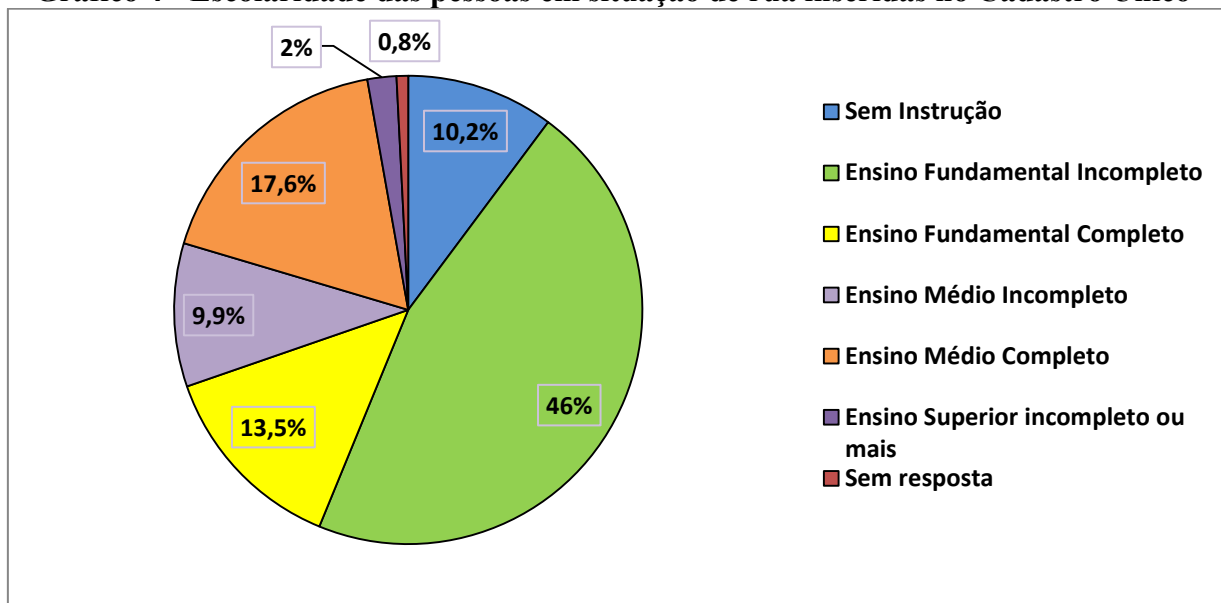
Fonte: Cecad (jan. 2023). Elaborado pela autora (2023).

Observa-se que o número de pessoas que se autodeclararam pardas, somado às pretas, corresponde a 68,3% dessa população, o que se aproxima dos dados apresentados no Primeiro Censo e na Pesquisa Nacional realizada em 2007/2008: 67%. Considerando os dados do IBGE da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD, 2021), 43% se autodeclararam brancas, 47% pardas e 9% negras. Na população domiciliada, o número de pretos e pardos totaliza 56%, relativamente menor quando comparado com a população em situação de rua.

Considerando a variável Escolaridade, a base de dados apresenta como grau de instrução que 20.599 pessoas em situação de rua não têm instrução, ou seja, não são alfabetizadas, o que corresponde a 10,2%; as pessoas com Ensino Fundamental incompleto somam 92.307, o que equivale a 46% do total; com Ensino Fundamental completo, 27.160 ou 13,5% da população; com Ensino Médio incompleto, 20.004 ou 9,9%; com Ensino Médio completo, 35.418 ou 17,6%; com Ensino Superior incompleto, 3.839 ou 2%. Os formulários que não foram preenchidos totalizam 1.783 ou 0,8%.

O gráfico 4 a seguir evidencia esses dados:

Gráfico 4 - Escolaridade das pessoas em situação de rua inseridas no Cadastro Único



Fonte: CECAD (jan. 2023). Elaborado pela autora (2023).

Considerando os dados referentes à Escolaridade no Primeiro Censo e a Pesquisa Nacional realizada em 2007/2008, o maior percentual também era de pessoas com ensino fundamental incompleto 48,4%, no entanto, uma mudança significativa em relação ao Primeiro Censo é que apenas 3,2% dessa população tinha ensino médio completo, enquanto atualmente, na base de dados do Cadastro único, consta que 17,6% das pessoas possuem esse nível de escolaridade, o que sugere um aumento nos índices de escolaridade dessa população.

Apresentados esses dados, observa-se que o Cadastro Único é uma importante base de dados, todavia, deve ser mais bem utilizado pelo Poder Público. De acordo com Natalino (2023), o sub-registro dessa população implica a inviabilização de acesso às políticas públicas. Torna-se indispensável a realização de um Censo e de uma Pesquisa Nacional dessa população. Já se passaram 15 anos do primeiro censo, que foi de extrema relevância para a gestão e a elaboração das políticas e serviços específicos à população em situação de rua.

O próximo capítulo apresenta de forma mais detalhada o processo histórico que possibilitou a concretização da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR).

CAPÍTULO 2 DIREITO À SAÚDE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Vive o cotidiano sob a exposição contínua do corpo e da mente. É indigno a cada um de nós que um ser humano tenha de viver nas ruas, desprovido de toda e qualquer condição de acolhimento de seu corpo, suas vestes, seus parques pertences (Sposati, 2022, p. 22).

2.1 Perspectiva histórica da Proteção Social

O presente capítulo discute a Saúde como um direito humano fundamental, em interlocução com o acesso da população em situação de rua à universalidade que integra o Sistema Único de Saúde (SUS). É importante considerar a perspectiva histórica da proteção social para compreender as características e o desenvolvimento das políticas sociais públicas no atual contexto.

A conformação das políticas sociais se constituiu como um processo histórico e social a partir do desenvolvimento do capitalismo e do consequente acirramento da luta de classes, que passou a exigir a intervenção estatal. Para Behring e Boschetti (2011), a análise das políticas sociais, desde uma perspectiva dialética, pressupõe considerar três elementos essenciais: o primeiro é a natureza do capitalismo, seu grau de desenvolvimento e estratégias de acumulação; o segundo é o papel do Estado na provisão e implementação das políticas sociais; o terceiro é o papel das classes sociais.

É importante considerar o caráter contraditório das políticas sociais, uma vez que se estruturam estrategicamente para atender às necessidades do modo de produção capitalista, garantindo que os trabalhadores possam se produzir e reproduzir enquanto força de trabalho. Isso demanda certo nível de acesso à proteção social, pois ao tempo que oferece respostas às demandas e reivindicações da classe trabalhadora, atende aos interesses de acumulação do capital.

Antes da consolidação das políticas sociais, a atenção à pobreza existia de forma precária e restrita nas sociedades pré-capitalistas; ao lado de ações filantrópicas, configurou-se o que se identificou como as protoformas de políticas sociais. Segundo Pereira (2009, p. 61), “existiam escassas atenções públicas às necessidades sociais, geridas por um Estado ainda socialmente restrito. Exemplos clássicos dessas atenções – que viam no pobre não um titular de direitos, mas um perigo à ordem pública – são as Leis dos Pobres inglesas (*Poorlaws*)”, que datam do século XIV, organizadas pelo Estado, que ao perceber que a

caridade cristã não estava dando conta de conter a pobreza, percebeu a necessidade de intervir por meio de algumas regulações sociais, com o objetivo de exercer o controle, manter a ordem e conter a “vagabundagem”.

Para Behring e Boschetti (2011), nas sociedades pré-capitalistas algumas responsabilidades sociais foram assumidas não com o objetivo de oferecer proteção e alcançar o bem comum, mas para exercer a coerção e manter a ordem social.

Ao lado da caridade privada e de ações filantrópicas, algumas iniciativas pontuais com características assistenciais são identificadas como protoformas de políticas sociais. As mais exaltadas e frequentemente citadas como legislações seminais são as leis inglesas que se desenvolveram no período que antecedeu a Revolução Industrial. (Behring; Boschetti, 2011, p. 47-48).

Essas leis tinham uma perspectiva coercitiva: a relação do pobre com o trabalho se estabelecia de forma imperativa, o caráter punitivo e repressor era evidente em detrimento da proteção social. Foi nesse período que a assistência aos pobres estabeleceu uma estreita relação com o trabalho; os pobres deveriam trabalhar em troca de assistência, e aqueles que não trabalhavam eram duramente punidos, numa estratégia que obrigava os pobres a aceitar qualquer tipo de trabalho.

Behring (2009) considera que o reconhecimento da “questão social” possibilitou a conformação da política social, associada às reivindicações da classe trabalhadora no final do século XIX e início do século XX, período em que houve, em alguns países de capitalismo central, as primeiras legislações e medidas de proteção social, com destaque para a Alemanha com seguro social bismarckiano, em 1883, e a Inglaterra com o Plano Beveridge, em 1942. As medidas de generalização da seguridade social se desenvolveram no pós-Segunda Guerra Mundial (1945) com a organização do *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social), principalmente nos países europeus.

Ao analisar o processo de proteção social, impõe situar historicamente o fundamento econômico em que se estrutura. A perspectiva liberal na sua gênese, sustentada no pensamento de Adam Smith, propunha a não intervenção do Estado na economia, o mercado autorregulável, no qual os indivíduos eram conduzidos pela mão invisível do mercado. A ideia central era que a busca pelos interesses individuais e o desejo natural de melhorar as próprias condições de vida poderiam conduzir ao bem-estar coletivo. “A ‘loucura das leis humanas’ não pode interferir nas *leis naturais* da economia, donde o Estado deve apenas fornecer a base legal, para que o mercado livre possa maximizar os benefícios aos homens.” (Behring, 2009, p. 17).

A ideia individualista que fundamenta o liberalismo conforma o conceito de meritocracia. Economistas como Malthus⁵ e David Ricardo⁶, defensores e teóricos do liberalismo, eram contrários a qualquer sistema de proteção social. Malthus recusava qualquer legislação de proteção social, cujo argumento se sustentava na concepção de que essas reverteriam às leis naturais.

Behring e Boschetti (2011, p. 61) referem elementos essenciais do liberalismo. Trata-se do predomínio do individualismo; para os liberais, o indivíduo é o sujeito de direitos e não a coletividade; os direitos civis foram os primeiros a ser reconhecidos no século XVIII; “a liberdade de ir e vir, de adquirir e comercializar propriedade eram requisitos fundamentais para instituir a sociedade de classe”.

A ideia de que o bem-estar individual maximiza o bem-estar coletivo evidenciava que cada indivíduo deveria buscar, por meio do seu trabalho e dos seus esforços, o seu bem-estar e o de sua família; assim, o Estado não precisaria garantir bens e serviços a todos. O predomínio da liberdade e da competitividade, a naturalização da miséria, compreendida como problema individual e moral, a defesa de que as necessidades humanas não deveriam ser totalmente satisfeitas, como forma de controle do crescimento populacional, baseiam-se nas teses malthusianas. Apregoava-se a manutenção do Estado mínimo, que deveria assumir uma “neutralidade”; “sua intervenção deve restringir-se a regular as relações sociais com vistas a garantir a liberdade individual, a propriedade privada e assegurar o livre mercado” (Behring; Boschetti, 2011, p. 61).

Os liberais argumentavam que as políticas sociais estimulavam o ócio e desencorajavam o interesse pelo trabalho. Na concepção liberal, essas deveriam ser um paliativo; ao Estado cabia apenas assegurar uma assistência mínima aos indivíduos que não tinham condições de competir no mercado de trabalho (crianças, idosos, pessoas com deficiência). O trato com a pobreza deveria contar com ações benevolentes e caritativas.

Para Behring e Boschetti (2011), as primeiras iniciativas de políticas sociais foram configuradas numa relação de continuidade entre Estado liberal e Estado social; não houve uma ruptura radical com o liberalismo, mas sim uma mudança dos paradigmas que sustentavam o Estado, que conciliou as medidas liberais de forma mais branda com as

⁵ Britânico, adepto do liberalismo, sua principal obra, “Ensaio sobre a população” (1798), demonstrou sua teoria sobre o controle populacional em relação à produção de alimentos. Vide: (Princípios de Economia Política e considerações sobre sua aplicação prática: Ensaio sobre a população, 1996, Apresentação Ernane Galvêas).

⁶ Economista e político britânico, apoiava-se no ideário liberal. “Ricardo propunha a aplicação de um programa econômico liberal, livre de intervencionismo estatal, ancorado no princípio da autoajuda tal como preconizado pelo individualismo de Adam Smith.” (PEREIRA, 2009, p. 74).

orientações social-democratas, de modo a assumir um caráter mais social, sem alterar os fundamentos da acumulação capitalista.

É importante ressaltar que o surgimento das políticas sociais ocorreu de diferentes formas nos diferentes países; sua conformação tem relação com a organização e a mobilização da classe trabalhadora, com o grau de desenvolvimento do modo de produção e com a correlação de forças no interior do Estado.

Dois acontecimentos importantes colocaram as bases materiais do liberalismo ortodoxo em questionamento: primeiro, o crescimento dos movimentos operários, no final do século XIX e início do século XX, com reivindicações da classe trabalhadora na luta pelo reconhecimento dos direitos políticos e sociais. Esse cenário de lutas se fortaleceu com a vitória do movimento socialista em 1917, na Revolução Russa.

O segundo foi o processo de monopolização e concentração de capital, com a fusão de empresas, colocando em questão a utopia liberal dos indivíduos empreendedores. O mercado passa a ser liderado por grandes monopólios e o capital industrial se funde ao capital financeiro. Os limites do mercado começaram a ser percebidos com a Grande Depressão de 1929, que teve início no sistema financeiro norte-americano com a queda da Bolsa de Nova Iorque, colocando em questão os pressupostos do liberalismo do mercado autorregulado. Além disso, a revolução socialista de 1917 demonstrava o enfraquecimento do capitalismo.

O desenvolvimento do modo de produção capitalista pressupõe crises cíclicas, que devem ser compreendidas por períodos de expansão e depressão. Behring e Boschetti (2011) observam que nos momentos de expansão tem-se o incremento da tecnologia que diminuiu os lucros extraídos da produtividade do trabalho. Isso conduz a momentos de depressão com a queda tendencial das taxas de lucros, que acirra a concorrência e a especulação, assim como leva à estagnação do emprego e da produtividade. “Com isso, configura-se uma superabundância de capitais e uma escassez de lucros, produzindo o desemprego generalizado e a queda do consumo, inviabilizando o processo de produção de mais-valia” (Behring; Boschetti, 2011, p. 70).

Para solucionar a crise de 1929 foram tomadas medidas a fim de reativar o emprego e o consumo, sustentadas na teoria de John Maynard Keynes, economista inglês liberal que buscou se afastar da ortodoxia das leis naturais que regiam o mercado e colocou em questão o equilíbrio econômico e a autorregulação. Para esse economista, o Estado tinha a legitimidade de intervir por meio de um conjunto de ações sociais e econômicas a fim de controlar e restabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal e de gastos, com

investimentos que nos momentos de crise serviriam de estímulo à economia. Esses investimentos tinham como proposta o incremento das políticas sociais.

As proposições de Keynes estavam sintonizadas com a experiência do *New Deal* nos Estados Unidos, saída empreendida pelo presidente Roosevelt após a crise de 1929 para reativar o desenvolvimento econômico. As estratégias consistiram numa forte intervenção estatal na regulação da economia, contrariando os pressupostos do liberalismo ortodoxo e estimulando a sustentação pública de um conjunto de medidas anticrise, com o objetivo de amortecer as crises de superprodução.

O Estado, com o keynesianismo, tornou-se produtor e regulador, o que não significa o abandono do capitalismo ou a defesa da socialização dos meios de produção. Keynes defendeu a liberdade individual e a economia de mercado, mas dentro de uma lógica que rompia com a dogmática liberal conservadora da época. (Behring; Boschetti, 2011, p. 84).

Para fugir de períodos de recessão, a teoria de Keynes se fundamentava em dois pilares: o pleno emprego e maior igualdade social, ou seja, gerar mais empregos, via produção de serviços públicos e privados, e aumentar a renda visando maior igualdade, o que requeria a formalização de instituições públicas e de políticas sociais. O Fundo Público tem papel importante e estratégico no keynesianismo, no sentido de regular as relações econômicas e sociais. A junção dessa teoria com o modo de produção taylorista/fordista ofereceu as bases para a política econômica e social do *Welfare State*, no pós-Segunda Guerra Mundial.

Nesse âmbito, é importante destacar as características centrais desse modo de produção, a começar pelo método idealizado pelo norte americano Taylor, que publicou em 1911 seu estudo sobre o tipo ideal de administração e controle dos modos de produção, baseado na ideia de produzir mais em menos tempo. Com vistas a aumentar a produtividade, cada trabalhador deveria se dedicar à realização de uma tarefa, com um controle rígido sobre o tempo de execução.

Já o modelo idealizado por Henry Ford tomou como base os princípios tayloristas e acrescentou a produção em série com a introdução de esteiras numa linha de montagem. Foi inicialmente adotado na indústria automobilística. Conforme Antunes (2006), o modo de produção taylorista/fordista se consolidou ao longo do século XX e seus elementos constitutivos básicos estavam na produção em massa, através da linha de montagem de produtos mais homogêneos somada ao controle do tempo do cronômetro taylorista.

Ao keynesianismo agregou-se o pacto fordista – da produção em massa para consumo de massa e dos acordos coletivos com os trabalhadores do setor monopolista em torno dos ganhos de produtividade do trabalho [...]. (Behring, 2009, p. 21).

O keynesianismo e o fordismo, associados, constituíram os pilares do processo de acumulação acelerada do capital pós-1945. Foram os “anos de ouro do capitalismo” (1945-1975) nos países centrais. A estratégia agregava a concessão de um mínimo de bem-estar e o fomento do processo de crescimento econômico e de acumulação, com a pretensão de ofertar uma “face humanista e civilizatória nos marcos do capitalismo” (Behring, 2009, p. 22).

Os movimentos operários diante dessas concessões aderiram às ações corporativistas, abrindo mão muitas vezes de reivindicações mais radicais, em prol de ações reformistas e de acordos coletivos. Nesse período houve de fato uma melhoria nas condições de vida da classe trabalhadora, com acesso ao consumo, lazer e estabilidade no emprego, que não existiam antes.

O consenso estabelecido no pós-guerra permitiu a expansão das legislações sociais e do *Welfare State*. Como visto, o modelo bismarckiano de seguro social na Alemanha (1883) previa proteção social advinda das contingências vinculadas ao trabalho (acidentes de trabalho, seguro-doença e invalidez, pensão aos idosos etc.). Já o Plano Beveridge, publicado na Inglaterra em 1942, trouxe uma nova lógica de organização das políticas sociais. Baseado num sistema mais amplo de seguridade social, apontava como responsabilidade estatal a provisão pública de serviços sociais universais (educação, segurança social, assistência médica, habitação etc.).

Behring e Boschetti (2011, p. 97) afirmam que o seguro social foi uma inovação na Alemanha na era bismarckiana, uma garantia compulsória, paga pelo próprio trabalhador assalariado, que poderia ser utilizado em momentos de riscos derivados da perda do trabalho. Já o modelo beveridgiano inglês tem uma perspectiva mais ampla. Com um sistema de proteção social e de direitos universais, “o Estado deve garantir mínimos sociais a todos em condições de necessidade”. O financiamento desse sistema provinha dos impostos fiscais, e não de uma contribuição direta. Como na lógica do seguro, a gestão da seguridade social deveria ser pública e estatal.

A implantação de ambos sistemas nos diferentes países tendem a se conformar de acordo com as orientações políticas econômicas e sociais adotadas pelos mesmos, embora não existam modelos puros, quando se predomina a lógica do seguro social se aproxima do modelo bismarckiano e quando existe a prevalência de amplos serviços, não contributivos são identificados como modelo beveridgiano ou de seguridade social.

Alguns autores diferenciam os países em relação à formatação do Estado de Bem-Estar Social. Behring e Boschetti (2011, p. 100-101) apontam, com base nos estudos de Esping-Andersen, três classificações, como segue:

Os países com *Welfare State* liberal, a exemplo de Estados Unidos, Canadá e Austrália, são conformados por políticas sociais focalizadas aos extremamente pobres, modestos planos de previdência social; o Estado encoraja o mercado a assumir responsabilidades, como a previdência e serviços de saúde privado.

Outro regime de *Welfare State* é classificado como conservador e corporativista, a exemplo da França, Itália, Alemanha e Áustria, e tem como base o modelo bismarckiano. Neste modelo não há uma obsessão liberal do acesso apenas via mercado; o Estado substitui o mercado como provedor de benefícios sociais, e a previdência privada possui papel secundário. Os benefícios concedidos preservam o *status* de estratificação social e a intervenção do Estado ocorre quando se exaure a capacidade familiar de provisão.

O terceiro tipo é designado de social-democrata. Países do norte da Europa, como Suécia e Dinamarca, instituíram políticas mais universalizantes, embora sem abandonar os fundamentos de acumulação capitalista.

As autoras reconhecem os limites metodológicos de categorizar os países, contudo se trata de uma reflexão necessária para a compreensão de que mesmo com a generalização das políticas sociais no pós-Segunda Guerra, o desenvolvimento destas não seguiu o mesmo padrão nos países capitalistas.

Os considerados “anos de ouro” do capitalismo começaram a apresentar sinais de decadência no final dos anos 1960 e início de 1970. As tecnologias poupadoras de mão de obra colocaram em questão o pilar keynesiano de pleno emprego. A crise catalisada pela alta dos preços do petróleo em 1973 provocou um período de grande recessão; as elites políticas e econômicas argumentavam que a responsabilidade da crise estava na ação agigantada do Estado em setores que não eram de interesse delas, como nas políticas sociais e nos serviços públicos.

Como já assinalado, o capitalismo se produz e reproduz por meio de crises, que ganhou status de crise estrutural do capital. A que se instalou em 1974-1975 foi mais uma crise de superprodução. Pereira (2020, p. 106) assevera que um traço comum das crises após 1970 “é o fato de elas não serem cíclicas, passageiras e setoriais. Ao contrário, são sistêmicas, duradoras e multifacetadas”.

Diante disso, alguns países implantaram programas de austeridade com ajustes fiscais. As medidas foram frágeis, uma vez que não possibilitavam alcançar o crescimento econômico de antes; além disso, o desemprego tornou-se crescente. A partir de 1970, o capitalismo encontrou dificuldades para garantir o consumo em massa; o consumo de bens, que sustentava o fordismo, chegou a um ponto de saturação. O esgotamento da demanda e a incapacidade de fazer emergir a busca por novos bens fordistas pressupõem compreender que a acumulação não depende apenas da capacidade de garantir a reprodução, mas também de orientá-la para outras esferas que garantam ganhos e produtividade (Behring; Boschetti, 2011).

Com a crise do capital, a teoria keynesiana foi acometida de um mal-estar que concedeu espaço para o fortalecimento de outras correntes teóricas econômicas. O austríaco Friedrich Hayek teve um papel importante na recuperação do ideário liberal clássico, que fundou o neoliberalismo, em defesa da liberação da economia de mercado como a medida mais efetiva para produzir o bem-estar individual e social, além de fortalecer as responsabilidades individuais. Essa nova fase do liberalismo teve muitos adeptos com a fundação da “Escola de Chicago”, nos anos 1970; Milton Friedman foi o principal disseminador do pensamento neoliberal (Pereira, 2020).

Como resposta à crise, os neoliberais, a partir do argumento do excesso de privilégios e direitos sociais, passaram a defender uma reorientação do papel do Estado, com duras críticas aos gastos sociais. Sustentaram a implantação de um processo de reestruturação produtiva, com a introdução de novas tecnologias, como a microeletrônica, as privatizações e a desregulamentação das relações de trabalho, o que contribuiu para o enfraquecimento dos movimentos operários, uma vez que as estratégias utilizadas (terceirizações e contratos temporários de trabalho) contribuíram para as fragmentações.

Ao processo de reestruturação produtiva soma-se outro elemento central: o processo de mundialização da economia, que aprofundou a divisão internacional do trabalho, demarcando de forma ainda mais explícita o centro e a periferia do capitalismo.

“Se os ‘anos de ouro’ comportaram algumas reformas democráticas, o que incluiu os direitos sociais, viabilizados pelas políticas sociais, o período que se abre é contrarreformista, desestruturando as conquistas do período anterior, em especial os direitos sociais” (Behring; Boschetti, 2011, p. 124).

A concepção neoliberal sustentava a estabilidade monetária como uma meta primordial. Desse modo, os gastos sociais deveriam ser mínimos. A hegemonia do neoliberalismo ocorreu nos finais de 1970; os primeiros países a implantar iniciativas

neoliberais foram a Inglaterra de Margaret Thatcher, em 1979. e os Estados Unidos de Ronald Reagan, em 1980. A seguir, a maior parte dos governos dos países europeus adotou medidas neoliberais.

Em síntese, as políticas sociais sob a perspectiva neoliberal se estruturam a partir do trinômio focalização, privatização e descentralização, com o objetivo de desuniversalizar o acesso aos direitos sociais, com o corte dos gastos sociais e o predomínio de uma política social residual, que só entra em cena quando esgotadas as possibilidades da família, da sociedade e do mercado.

De acordo com Behring (2009), o destaque da política neoliberal para a proteção social é a proposição de renda mínima, associada com a filantropia das organizações da sociedade civil. “A renda mínima não pode ter um teto alto, para não desestimular o trabalho, ou seja, há uma perversa reedição da ética do trabalho, num mundo sem trabalho para todos” (Behring, 2009, p. 26).

Do ponto de vista do processo produtivo, as mudanças operadas se desenvolveram a partir do processo de acumulação flexível, que objetivou romper com o padrão fordista e introduziu um modo de trabalho sustentado na flexibilização e na precarização, o que desencadeou um amplo processo de reestruturação produtiva, de substituição do modo de produção taylorista/fordista pelo modelo japonês toyotista.

Antunes (2020) aborda as principais características do toyotismo, que diversamente do fordismo trouxe um modo de produção associado à demanda, com estoques reduzidos e caracterizado pela flexibilidade que demanda um trabalhador polivalente. Ao contrário da especialização do modelo fordista, o trabalhador pode operar várias funções, no princípio *just-in-time*, conduzido a produzir no menor tempo possível.

Introduzem-se, também, os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs), visando controlar a produtividade. Esse novo modo de produzir tem como estratégia os processos de terceirização: “Enquanto na fábrica fordista aproximadamente 75% da produção era realizada no seu interior, a fábrica toyotista é responsável por apenas 25%, e a terceirização/subcontratação passa a ser central na estratégia patronal.” (Antunes, 2020, p. 159).

A flexibilidade, a terceirização e as mudanças advindas da reestruturação produtiva impactaram na precarização das relações de trabalho, expressas em contratos temporários e na informalidade. Um dos objetivos do toyotismo era ampliar as formas de intensificação do

trabalho, com a adesão dos trabalhadores ao ideário das empresas, o que em geral propicia maiores índices de exploração do trabalho (Antunes, 2022).

As medidas implantadas não foram capazes de resolver a crise estrutural do capital e não alteraram os índices de recessão econômica. Tiveram, sim, um efeito destrutivo nas condições de vida da classe trabalhadora. A estrutura de financiamento e da constituição do Fundo Público no neoliberalismo trouxe uma sobrecarga de aumento dos impostos regressivos sobre a classe trabalhadora, o que aprofundou as desigualdades sociais e a concentração de riquezas.

A presente reflexão teórica sobre o histórico da política social possibilita situar, com base numa análise crítica, que a conformação dos sistemas de proteção social está intimamente associada às correlações de forças que incidem em diferentes momentos históricos sob perspectivas econômicas que não são naturalmente dadas, mas sustentadas por um conjunto de decisões ético-políticas e econômicas que estruturam formas mais amplas ou restritas de proteção social.

Certamente a política social está situada num campo contraditório, no interior do Estado, e, por conseguinte, responde às demandas impostas pelo capital ao passo que se configura como estratégia que possibilita, no terreno da luta de classes, lograr as condições necessárias de reprodução social num cenário de recrudescimento da agenda neoliberal. Torna-se um desafio para a política social garantir os mínimos sociais.

Nessa conjuntura, o histórico de desenvolvimento do sistema capitalista produz a expansão das desigualdades sociais e da pobreza, do mesmo modo que impõe desafios para a efetivação das políticas sociais universais. Diante desse cenário de adensamento das políticas neoliberais, que conduz à precarização das relações de trabalho e ao agravamento da “questão social”, o fenômeno população em situação de rua se complexifica, numa conjuntura de políticas sociais cada vez mais focalizadas.

2.2 Política Social no Brasil

Entre as particularidades históricas da formação social do Brasil explicitadas no primeiro capítulo particularizam-se as políticas sociais, que em seu caráter contraditório buscam atenuar as expressões da “questão social”.

Compreender as políticas sociais no contexto brasileiro pressupõe considerar que o surgimento delas não aconteceu de forma síncrona, no mesmo tempo histórico, que as dos países de capitalismo central. No Brasil do século XIX, não houve uma radicalização das lutas operárias; a “questão social” já emergente em decorrência do pauperismo e a não incorporação dos escravos “libertos” ao mundo do trabalho só se colocaram como questão política no século XX.

Os direitos trabalhistas e previdenciários no Brasil ganharam notoriedade em períodos repressivos (1937-1945 e 1964-1984). Conforme Behring e Boschetti (2011), a concessão desses direitos estava correlacionada com a tutela e controle da classe trabalhadora. Como já visto, a consolidação das políticas sociais está vinculada à luta de classes; dessa premissa decorre a fragilidade da proteção social brasileira.

Se a política social tem relação com a luta de classes, e considerando que o trabalho no Brasil, apesar de importantes momentos de radicalização, esteve atravessado pelas marcas do escravismo, pela informalidade e pela fragmentação/cooptação, e que as classes dominantes nunca tiveram compromissos democráticos e redistributivos, tem-se um cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos de cidadania, que envolvem a constituição da política social. (Behring; Boschetti, 2011, p. 79).

Antes da Proclamação da República não há registros de legislações sociais. Em 1889, os ferroviários e os funcionários do Ministério da Fazenda conquistaram o direito à pensão e 15 dias de férias. Em 1891, foi regulamentada a primeira legislação sobre o trabalho infantil, mas não foi cumprida; já em 1892, o direito a pensão se estendeu aos funcionários da Marinha.

No início do século XX, houve a formação dos primeiros sindicatos, sob a influência dos imigrantes europeus. Em 1919 foram regulamentados os acidentes de trabalho no Brasil, ainda numa perspectiva de responsabilidade individual, em detrimento de melhores condições coletivas de trabalho (Behring; Boschetti, 2011).

No ano de 1923 foi aprovada a Lei Eloy Chaves, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs). Essa lei atingia estrategicamente apenas algumas categorias de trabalhadores (marítimos, ferroviários) ligadas ao setor de produção e circulação de mercadorias, principalmente do café, produto que sustentava a economia do país através das exportações. Junto às CAPs foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs); o primeiro foi o dos funcionários públicos, fundado em 1926. Essas foram as experiências originárias da previdência social brasileira (Behring; Boschetti, 2011).

A crise internacional de 1929 trouxe impactos para a realidade brasileira, como visto no primeiro capítulo. A economia estava centrada na produção de café para exportação. Com a recessão econômica da crise e a paralisia do mercado mundial, as oligarquias cafeeiras ficaram vulneráveis econômica e politicamente, o que demandou uma diversificação da economia brasileira.

Do ponto de vista político, impactou a alternância da política café com leite, dando espaço para a “Revolução” de 1930, que conduziu Getúlio Vargas ao poder – um governo estratégico, já que procurava, por meio da regulamentação de leis trabalhistas, “transformar as lutas de classe em colaboração de classe” (Behring; Boschetti, 2011, p. 106).

O governo Vargas no Brasil marcou o processo de mudanças em relação às respostas do Estado às expressões da “questão social”. No âmbito trabalhista, a proposta foi regularizar as relações de trabalho. Em 1930 houve a criação do Ministério do Trabalho e do Ministério da Educação e da Saúde Pública. Até 1930 não havia nenhuma política nacional de saúde, e o Estado passou a intervir de duas formas: por meio da Saúde Pública, orientada às campanhas sanitárias, e a Saúde Previdenciária, vinculada aos IAPs. O contrato de trabalho passou a ser um documento de cidadania no Brasil.

Na Constituição de 1934, o Estado tanto preservaria os direitos sociais quanto regularia os contratos de trabalho (com carteira de trabalho), as profissões e os sindicatos, através do Ministério do Trabalho. Essas características ficariam conhecidas, juntamente com o “controle ideológico” do governo sobre os sindicatos, como corporativismo sindical. (Santos, 2012, p. 75).

O governo Vargas buscou atender às demandas dos trabalhadores e ofertar proteção social, regulada pelo contrato de trabalho, a alguns segmentos específicos: marítimos, ferroviários, comerciantes, bancários e industriários. Era excluída do sistema de proteção social grande parte dos trabalhadores brasileiros. No meio urbano, ficavam de fora todos os autônomos e trabalhadores domésticos. “Estes não eram sindicalizados nem se beneficiavam da política de previdência. Ficavam ainda de fora todos os trabalhadores rurais, que na época ainda eram a grande maioria.” (Carvalho, 2001, p. 114).

A cidadania e o acesso aos direitos sociais não alcançavam a todos e estavam condicionados ao tipo de trabalho exercido – concepção que manteve e aprofundou as desigualdades sociais. Essa é uma característica importante que marcou o desenvolvimento do sistema de proteção social brasileiro e subsidiou um sistema fragmentado, corporativista e distante da perspectiva universalizante de inspiração Beveridgiana.

O conceito de “cidadania regulada” é utilizado por Santos (1979). Para esse autor, a cidadania encontrava raízes no sistema de estratificação ocupacional. “A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece.” (Santos, 1979, p. 75).

Eram pré-cidadãos os trabalhadores rurais, todos aqueles inseridos no mercado informal de trabalho e os desempregados. No governo Vargas, as ações de combate à pobreza se limitaram a atender as famílias dos trabalhadores cujo trabalho era regulamentado por lei. A principal contradição deste governo consistiu na garantia dos direitos sociais apenas a alguns trabalhadores, o que intensificou as desigualdades e marcou a estratificação social, ao excluir o direito de proteção social aos que mais necessitavam: os trabalhadores informais, os desempregados e os trabalhadores rurais.

É possível perceber que este traço histórico é muito presente na proteção social do Brasil. Se antes a pobreza era tratada como caso de polícia, que deveria ser reprimida e controlada de forma violenta pelo Estado, após 1930 essa ideia ainda persistiu: o indivíduo era o único culpado por sua condição.

Perpetua-se, na Era Vargas, a dicotomia pobre *versus* trabalhador, na qual este dava provas da sua capacidade de contribuir com a nação que o acolhia e se tornava merecedor da ajuda de um Estado benevolente, enquanto aquele representava o fracasso, a incapacidade e a impotência, ficando completamente à mercê das ações – paliativas – da filantropia para permanecer vivo. (Pereira, 2008, p. 56).

Ganhou destaque também no governo Vargas a criação, em 1942, da Legião Brasileira de Assistência (LBA), criada num primeiro momento para atender as famílias dos soldados que foram à Segunda Guerra Mundial. Posteriormente se configurou como uma importante instituição articuladora do assistencialismo, com o apoio de instituições privadas e filantrópicas, realidade que tomou contornos diferentes apenas em 1988, com a regulamentação da Política de Assistência Social.

Em 1943 foi promulgada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que selou o reconhecimento do modelo corporativista e fragmentado da proteção social. O período de 1946-1964 foi marcado por disputas de projetos, com diferentes organizações partidárias. A expansão da proteção social se deu de forma lenta e seletiva; foram aprovadas no Congresso a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960 e a previdência rural em 1963.

Instalou-se um período de instabilidade após o suicídio de Vargas (1954), com a renúncia de Jânio Quadros (1961) e o golpe militar de 1964. “Esse período ficou marcado

pela expansão lenta dos direitos, que se mantiveram ainda no formato corporativista e fragmentado [...]” (Behring; Boschetti, 2011, p. 110).

O Brasil pós-1964 vivenciou uma espécie de “fordismo à brasileira”. No período do “milagre econômico” da ditadura militar, houve um aumento da produção em massa de eletrodomésticos e automóveis para o consumo de massa restrito. No que diz respeito às políticas sociais, estas se desenvolveram de forma mais conservadora; contudo, houve algumas concessões de direitos sociais, pois diante da repressão buscavam se legitimar, tendo em vista que naquele momento já estava em curso a restrição dos direitos civis e políticos (Santos, 2012).

Em 1966 houve a unificação da previdência social, pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A previdência foi ampliada aos trabalhadores rurais por meio do Funrural. Em 1974 foi criada a Renda Mensal Vitalícia para idosos pobres que contribuíram pelo menos um ano para a previdência. Em relação à saúde e à educação, foram fomentadas iniciativas privadas e houve incentivos a programas de habitação, como estratégia de impulsionar a economia. Além disso, foram criados fundos de indenização aos trabalhadores, de contribuição compulsória como PIS, FGTS e Pasep, que poderiam ser utilizados no financiamento habitacional (Behring; Boschetti, 2011):

[...] no mesmo passo em que impulsionavam políticas públicas mesmo restritas quanto ao acesso, como estratégia de busca de legitimidade, a ditadura militar abria espaços para a saúde, a previdência e a educação privadas, configurando um sistema dual de acesso às políticas sociais: para quem pode e quem não pode pagar. Essa é uma das principais heranças do regime militar para a política social e que nos aproxima mais do sistema norte-americano de proteção social que do *Welfare State* europeu (Behring; Boschetti, 2011, p. 137).

Diante do cenário internacional de enfraquecimento do padrão keynesiano-fordista nos anos 1970, houve reflexos no cenário nacional, com a restrição do fluxo de capital, que colocou em questão o projeto brasileiro de modernização conservadora após os primeiros sinais de enfraquecimento do milagre econômico do período ditatorial. Isso suscitou a possibilidade de uma abertura lenta e gradual para o processo democrático. Ao lograr a redemocratização, entretanto, o país se aproximou da adesão às orientações neoliberais, que já estavam em curso no cenário internacional.

O período de recessão econômica chegou de forma mais intensa nos países periféricos nos anos 1980. No caso do Brasil, esse movimento contribuiu para a deslegitimação dos governos militares e concedeu espaço para o período de redemocratização. A crise no cenário

internacional impôs um discurso da necessidade de ajustes e de planos de estabilização nas economias latino-americanas.

A busca pela reconstituição democrática levou à formalização da Assembleia Nacional Constituinte, que se configurou num espaço de disputas entre os diferentes interesses. Conforme Behring e Boschetti (2011), a Constituinte se desenvolveu com mobilizações e contramobilizações. O texto da Constituição de 1988 expressa essa correlação de forças: se, por um lado, trouxe avanços no que diz respeito aos direitos sociais e à regulamentação de um sistema de seguridade social, por outro, manteve traços conservadores e de conciliação com o modelo econômico hegemônico.

A Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988 regulamentou no art. 194 o sistema de seguridade social brasileiro, que “[...] compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à Saúde, à Previdência Social e à Assistência Social.” (Brasil, 1988).

A participação social, por meio de organizações e movimentos sociais, foi importante para a regulamentação dos direitos sociais no Brasil. A disputa de projetos societários pode ser observada no próprio texto constitucional. Considerando a política de Saúde, a luta pela efetivação da Saúde pública universal já vinha se constituindo numa bandeira de luta do movimento de Reforma Sanitária desde os finais dos anos 1970, o que conduziu à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Em contrapartida, existia um projeto privatista disputando espaço na Constituinte.

A luta da saúde foi árdua, deparando-se com fortes interesses econômicos do setor privado, a exemplo da Federação Brasileira dos Hospitais e da indústria farmacêutica, que conseguiram lamentavelmente assegurar sua participação no SUS, com acesso, portanto, aos recursos públicos (Behring; Boschetti, 2011, p. 145).

As políticas sociais regulamentadas pela Constituição Federal de 1988 perpassam por fundamentos econômicos que evidenciam o aspecto contraditório e ambíguo que transita entre a universalização e a seletividade, com um claro suporte do Estado ao setor privado.

Diante desse cenário de redemocratização do país e dos primeiros sinais de conformação de um Estado democrático de direito, a década seguinte trouxe desafios cruciais para a efetivação das políticas sociais, haja vista o caráter conservador do neoliberalismo que fundamentou a política econômica na década de 1990 num contexto de adensamento das precarizações que se estende até os dias atuais, com nuances mais severas no âmbito social.

É importante registrar que no Brasil não foi instituído um Estado de Bem-Estar Social. No “fordismo à brasileira”, não houve uma estabilização do emprego, ao contrário do que

ocorreu no fordismo clássico. A ausência de democracia no caso brasileiro inviabilizou o reconhecimento de interlocução com o movimento sindical. A flexibilidade provocada, sobretudo, pela reestruturação produtiva nos países centrais já compunha uma realidade no Brasil (Santos, 2012).

Se a palavra de ordem da reestruturação produtiva na atualidade é a flexibilização das condições e relações de trabalho, em vista das conquistas trabalhistas relacionadas ao período fordista, há que mediatizá-la no contexto onde esse padrão não se constituiu baseado na estabilidade e, sim, na própria flexibilidade estrutural do mercado de trabalho. Pela primeira vez, e lamentavelmente, num sentido negativo, o Brasil pareceu “se adiantar” às tendências do desenvolvimento capitalista. (Santos, 2012, p. 185-186).

A reestruturação produtiva no Brasil foi aprofundada nos anos 1990 e, diferentemente dos países de capitalismo central, os empregos formais foram substituídos por subcontratações, o que não extingue as ocupações, como é o caso da substituição da força de trabalho por tecnologia. Se essas ocupações não são extintas na realidade brasileira, a força de trabalho também não é; o que se altera é a forma de inserção dessa força de trabalho, com vínculos cada vez mais precários, informais e terceirizados. Por conseguinte, o desemprego que permeia esse contexto deve ser interpretado em consonância com a instabilidade e a precariedade das ocupações.

Em relação ao fenômeno população em situação de rua, Silva (2009), em sua pesquisa sobre o mundo do trabalho e a população em situação de rua no Brasil, apresentou a relação entre a reestruturação produtiva e o fenômeno social. Esse modo de produzir passou a exigir trabalhadores com maior grau de instrução, levando parte das pessoas ao desemprego; quando conseguiam se manter empregadas, passaram a ocupar relações de trabalho desregulamentadas e informais.

A característica que marca o mundo do trabalho é o crescimento do subemprego e o não acesso a uma atividade formal, o que conduz a uma desproteção social advinda das relações de trabalho e, conseqüentemente, faz crescer a demanda por acesso às políticas de assistência social.

Diante da realidade de aproximadamente metade dos trabalhadores não ter acesso a nenhum mecanismo de proteção social relativo ao trabalho, em vista de sua inserção em atividades precárias e informais, acentuam-se mecanismos governamentais de assistência social que correspondem, no mais das vezes, ao único tipo de direito social por eles acessado (Santos, 2012, p. 219).

A reestruturação produtiva trouxe impactos para a vida da classe trabalhadora; somam-se a esse processo o desmonte e o desfinanciamento das políticas públicas. De acordo com Santos (2012), a promulgação dos direitos sociais na Constituição Federal de 1988

coincidiu com o momento em que o país estava com um ínfimo crescimento econômico e impelido a seguir os ditames neoliberais impostos pelos organismos internacionais. As políticas fiscais impostas foram verdadeiros obstáculos à implantação dos direitos sociais recém-regulamentados.

Sob o mesmo ponto de vista, Behring e Boschetti (2011) evidenciam que desde os anos 1990 está em curso um processo de contrarreforma do Estado, que caracteriza um período desfavorável para as políticas sociais. O governo Fernando Henrique Cardoso advogava a implantação de um conjunto de “reformas” orientadas ao mercado e ao setor privado, obstando as conquistas constitucionais de 1988.

As “reformas” foram orientadas pelo Plano Diretor de Reforma do Estado (PDRE/Mare, 1995), elaborado pelo ministro Bresser Pereira, que estava à frente do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (Mare). As autoras chamam atenção para o uso indevido do termo reforma, já que este foi amplamente utilizado associado ao movimento da social-democracia, tendo em vista caracterizar ações que pudessem lograr melhores condições de vida.

Ainda que a ideia reformista não esteja no horizonte da perspectiva crítica revolucionária, utilizar o termo reforma para designar o conjunto de ações que foi implantado nos anos 1990, no governo FHC, é descaracterizar o propósito inerente à concepção reformista de transformações no sentido mais positivo, pois o conjunto de medidas impostas pela agenda neoliberal não visa lograr melhores condições de vida à classe trabalhadora, ao contrário, impõe importantes restrições de acesso aos direitos sociais, minimizando as ações sociais do Estado. Considerando essa perspectiva, Behring (2003) nomeia de contrarreformas o conjunto de medidas sustentadas pelo governo FHC nos anos 1990 (Behring; Boschetti, 2011).

O centro das “contrarreformas”⁷ propostas pelo PDRE (1995) foi o ajuste fiscal. A premissa sustentada era minimizar a ação do Estado para reduzir custos; já do ponto de vista econômico, o Estado estreitava as relações com o mercado financeiro para financiar o capital, de modo que a dívida interna e externa cresceu de forma exponencial. O referido plano visava

⁷ Utiliza-se o termo contrarreforma, tendo como base a discussão realizada por Behring (2003) e Behring e Boschetti (2011, p. 148). O período que se abriu após 1990 com a adesão a política neoliberal contribuiu para um conjunto de “reformas” orientadas ao mercado, utilizando-se de uma apropriação “indébita e fortemente ideológica da ideia reformista de viés social-democrata”, que pressupunha reformas no sentido de melhores condições para o conjunto da classe trabalhadora, sem perder de vista a acumulação. Na história do Brasil, a Constituição de 1988 representou esse viés reformista e o avanço em torno da garantia dos direitos sociais; contudo, a política neoliberal da década de 1990, baseada nas privatizações e no fortalecimento do mercado em detrimento dos direitos sociais, colocou-se na contramão das conquistas constitucionais de 1988 e se apresentam como contrarreformas.

legitimar as privatizações, com o argumento de melhoria na qualidade dos serviços prestados e o intuito de alcançar uma maior eficiência econômica das empresas, como contraponto a administração pública operada pelo Estado, era considerada ineficiente.

As “reformas” tinham o propósito de desresponsabilizar o Estado com a provisão pública, por outro lado, este é o principal financiador do setor privado. Esse movimento evidencia a relação paradoxal da necessidade de um Estado forte para garantir um mercado livre. Behring e Boschetti (2011) observam que com o aumento das privatizações, houve a entrega de parte significativa do patrimônio público brasileiro ao capital estrangeiro. Essas empresas não tinham o compromisso ou a obrigatoriedade de comprar insumos internos, o que contribuiu para o desmonte e enfraquecimento da indústria nacional, bem como para a elevação dos índices de desemprego.

As autoras chamam atenção para a criação do Programa de Publicização implementado no conjunto das “reformas”, cujo objetivo era o incentivo à criação de organizações sociais e a regulamentação do terceiro setor na execução das políticas públicas. Foram fortalecidas parcerias com entidades filantrópicas, sobretudo para a efetivação de políticas na área social, reforçando o caráter voluntário e assistencialista. Observa-se a tendência de desresponsabilização do Estado com a política social, que se associou ao aumento do desemprego e da pobreza (Behring; Boschetti, 2011).

É inegável o avanço da Constituição Federal de 1988 no que diz respeito à introdução de um sistema de seguridade social, numa perspectiva mais ampla, que contempla a universalidade da política de saúde. Contudo, não houve uma materialização e sim uma incompletude na efetivação dos princípios que a orientam constitucionalmente. No caso brasileiro, a tentativa de implantação de um Estado social foi atropelada pelo ajuste neoliberal.

Diante do direcionamento da Seguridade Social, faz-se necessário compreender uma peça central que permeia a execução e a implementação das políticas públicas: a constituição do Fundo Público. Conforme Salvador (2020a), o Fundo Público abrange toda a capacidade de mobilização de recursos de que o Estado dispõe, através das empresas públicas, das políticas monetária e fiscal e do orçamento público. Constitui uma peça fundamental, pois tanto possibilita a articulação das políticas sociais quanto a reprodução do capital.

O orçamento público é o componente mais visível do Fundo Público; não se trata apenas de uma peça técnica ou meramente formal de planejamento, porquanto pressupõe uma

orientação política, que enseja sobre as políticas sociais, e, portanto exprime uma correlação de forças, trata-se de um importante instrumento em disputa.

No que diz respeito ao orçamento da Seguridade Social, o art. 195 da Constituição Federal de 1988 regulamenta uma base diversificada de financiamento, com a participação da sociedade, de forma direta ou indireta, a partir de contribuições dos empregadores, dos trabalhadores e dos segurados da previdência social, sobre as receitas dos concursos e prognósticos, entre outras contribuições sociais.

Contudo, como já abordado, a política econômica dos anos 1990 colocou obstáculos e, na prática, a base diversificada de financiamento foi canalizada para atender aos interesses do mercado. “O orçamento da Seguridade Social virou ‘letra morta’ na Constituição. Todos os governos que passaram pelo Palácio do Planalto desde 1988 não transformaram o dito constitucional em ação efetiva” (Boschetti; Salvador, 2009, p. 54).

A base diversificada de financiamento, conforme definida pela Constituição Federal de 1988, foi elaborada para ser superavitária, com recursos suficientes para financiar as políticas previstas, bem como poderia orientar a sua ampliação. Se isso não ocorreu, é porque “o orçamento da seguridade social é parte da âncora de sustentação da política econômica, que suga recursos sociais para pagamento e amortizações dos juros da dívida pública.” (Boschetti; Salvador, 2009, p. 56).

Como mecanismo de estabilização da economia, o governo FHC criou estratégias desde 1993 de desvinculações dos recursos da seguridade social. No século XX, ganhou destaque a aprovação da Emenda Constitucional nº 27, de 21 de março de 2000, que criou a Desvinculação dos Recursos da União (DRU) e regulamentou a desvinculação de 20% da arrecadação de impostos e contribuições sociais. Houve sucessivas prorrogações desse mecanismo.

Para Salvador (2020), o mais recente foi regulamentado pela Emenda Constitucional nº 93, de 8 de setembro de 2016, que ampliou o percentual de desvinculação de 20% para 30% dos tributos federais a serem utilizados “livremente” e prorrogou a DRU até 31 de dezembro de 2023.

Os recursos transferidos, por meio da DRU, para composição do Superávit Primário, revelam que o Estado brasileiro age como um Robin Hood às avessas, retirando recursos dos mais pobres para os mais ricos, sobretudo para a classe dos rentistas. A baixa carga de impostos diretos no Brasil revela que as elites querem ser sócias do fundo público, mas não querem ser tributadas. (Boschetti; Salvador, 2009, p. 70).

As estratégias de desvinculação são importantes componentes do arcabouço que sustenta a política fiscal de ajuste permanente e impactam, sobretudo, na diminuição dos

recursos para o financiamento das políticas sociais, aprofundando a tendência de focalização que se contrapõe ao princípio da universalização dos direitos sociais.

Conforme Boschetti (2004), a Seguridade Social no Brasil se deu de maneira fragmentada, numa “metamorfose inconclusa” entre a lógica do seguro e a da seguridade. Teve sua conformação acometida pelos reflexos do projeto neoliberal, redefinindo seu processo de gestão. Esse receituário impulsionou a consolidação de um Estado de perfil gerencialista, pautado pela lógica da eficiência e da racionalização, aprofundando a perspectiva do Estado mínimo para o social.

Vianna (1998) analisa os mecanismos de seletividade e focalização das políticas sociais e atesta a existência de uma americanização “perversa” da Seguridade Social brasileira, que se distancia cada vez mais do modelo beveridgiano, de políticas universais, como prevê a Constituição de 1988 em relação à saúde, para, na prática, aproximar-se do modelo americano de proteção social restrito.

A privatização, sobretudo das políticas de saúde, previdência social e educação, coopera para uma “dualidade discriminatória”, criando-se uma segmentação entre os usuários do sistema público e os usuários do sistema privado.

Estabeleceu-se uma relação de complementaridade invertida entre público e privado, que reforça a lógica da universalização excludente, transformando os iguais portadores de direitos universais em diferentes cidadãos consumidores de benefícios estratificados. (Vianna, 1998, p. 177).

Com base nessas perspectivas de ampliação da privatização e da desresponsabilização do Estado com as políticas sociais públicas, tem-se a transferência para o mercado, assim como para as organizações sem fins lucrativos e para a sociedade civil. Isso remonta ao que Yazbek (2001, p. 36) denominou de “refilantropização” na abordagem da questão social.

Somada as tendências já pontuadas, Mota (2011) considera que com o aumento das privatizações, as políticas de Previdência Social e Saúde estão adquirindo as mesmas características de seletividade que a Assistência Social, uma vez que resta condicionado aos mais pobres o acesso à Saúde e à Previdência Social pública. Desse modo, a tendência da Seguridade Social não se encaminha no sentido de equiparar os parâmetros de universalidade das políticas, ao contrário, essas têm se tornado cada vez mais focalizadas, o que a autora denomina de “assistencialização da Seguridade Social brasileira”.

Com o processo de ajuste fiscal permanente no Brasil desde 1990 e a adesão às políticas neoliberais, todos os governos, respeitadas as particularidades de cada contexto, seguiram privilegiando o grande capital em detrimento da política social.

Em análise dos oito anos de governo do Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), Kerstenetzky (2012, p. 220) afirma que o período se caracterizou pelo desenvolvimento limitado das políticas sociais, em nome da eficiência e da efetividade do Estado gerencialista. Cada política social recebeu atenção numa área específica: na educação, voltou-se ao ensino fundamental; na saúde, privilegiou-se a atenção básica para os mais pobres; e na assistência social foram instituídos, pela primeira vez, os programas de transferência de renda, permeados por condicionalidades, como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) em 1996 e o Bolsa Escola em 2001.

O governo Lula (2003-2010) também seguiu as orientações do Fundo Monetário Internacional (FMI) e, portanto, persistiu na sustentação da política neoliberal. Nesse governo, houve um incremento dos programas de transferência de renda com a criação do Programa Bolsa Família (PBF) em 2003, que unificou e substituiu os programas de transferência de renda do governo Fernando Henrique Cardoso. Assim, houve um aumento no gasto social, porém grande parte dele direcionou-se aos programas focalizados de transferência de renda.

O governo Dilma Rousseff (2011 a maio de 2016) seguiu a linha do governo anterior, num contexto de maior aprofundamento do ideário neoliberal. Os governos do PT se sustentaram numa política de coalização de classes, contudo a conjuntura que se impôs exigiu um governo mais comprometido aos ditames neoliberais. No segundo mandato de Dilma, tem-se um adensamento de políticas de ajuste fiscal com reflexos no mundo do trabalho, por meio das contrarreformas previdenciárias. Houve alterações no seguro desemprego e no abono salarial, a partir da aprovação da Lei nº 13.134, de 16/6/2015, e maiores restrições à pensão por morte e ao auxílio doença, além da ampliação da idade para o usufruto da aposentadoria, a partir da aprovação da Lei nº 13.135, de 17/6/2015 (Boschetti, 2017, p. 61).

Mesmo as ações direcionadas a atender aos interesses do capital não impediram a movimentação em torno do golpe de 2016. Conforme Marcelo Braz (2017), o *impeachment* da presidenta Dilma se justificou pelo fato de que mesmo o governo seguindo os preceitos do neoliberalismo, com privilégios orientados ao grande capital, os interesses econômicos a partir de 2015 passaram a exigir um governo ainda mais alinhado ao ideário neoliberal. O pacto de classes que marcou os governos do PT com Lula e Dilma deixou de ser interessante naquele período, demandando um governo essencialmente voltado ao grande capital. O processo de *impeachment* constituiu um atalho para mais recuos democráticos.

Os governos FHC, Lula e Dilma, com características e roupagens diferentes, seguiram os preceitos do mercado global e se adequaram à política macroeconômica neoliberal,

contudo, após o *impeachment* de Dilma Rousseff, ganhou espaço com o Golpe de 2016 um regime fiscal rígido, transfigurado no ultraneoliberalismo, cujas nuances de perversidade foram profundamente radicalizadas no governo Bolsonaro (2018-2022), com retrocessos significativos para as políticas sociais e os direitos sociais.

Pode-se observar que o ajuste fiscal permanente no Brasil em vigência desde a década de 1990, recrudescceu com a aprovação do Novo Regime Fiscal, após o golpe de 2016 e *impeachment* da presidenta Dilma. Conforme Behring (2018), a medida carro-chefe do ataque às condições de vida e trabalho se deu com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, no governo ilegítimo de Michel Temer. Essa medida configurou a abertura para uma nova fase da política neoliberal e concedeu espaço ao ultraneoliberalismo.

O teto de gastos estabelecido pela Emenda Constitucional nº 95, que prevê o congelamento dos gastos por vinte anos (2016-2036) para políticas essenciais (educação, saúde e assistência social), representa a expropriação dos direitos da classe trabalhadora. Souza et al. (2018) analisam que com esse Regime Fiscal, a cada ano “é fixado um limite baseado na despesa primária do ano anterior corrigido pela estimativa de variação da inflação”, o que configura o congelamento das despesas e desconsidera as prováveis mudanças no decorrer desse período: os aspectos sociais, as questões sanitárias, a exemplo da pandemia, as variações demográficas. Os autores reforçam que “Nenhum governo no globo, nenhum país empreendeu uma medida de congelamento tão extensa” (Souza et al., 2018, p. 8).

Além da mudança do regime fiscal, o governo Temer aprofundou a precarização das relações de trabalho. Para Antunes (2020, p. 291), a principal meta desse governo era “privatizar tudo que ainda restar de empresa estatal; preservar os grandes interesses dominantes e impor a demolição completa dos direitos do trabalho no Brasil”.

Uma contrarreforma significativa durante esse governo foi a aprovação da Lei nº 13.464, de 31 de março de 2017, que flexibiliza as relações de trabalho e prevê a terceirização de todas as atividades.

Mas o que significou esse trabalho intermitente, aprovado e legalizado pela contrarreforma de Temer? Que muitos e muitas ficam em disponibilidade total para o trabalho (e assim “desaparecem” das estatísticas do desemprego), mas não encontram o que fazer, a não ser esporadicamente. E se não contribuem para a previdência, não podem se aposentar. Uma vez mais, o círculo perverso da tragédia com aparência de comédia. Mas Temer não conseguiu finalizar a devastação. Foi um intermitente “bem-sucedido”, mas inconcluso. Deixou a conclusão para o seu sucessor, o imprevidente Bolsonaro (Antunes, 2022, p. 68-69).

As reflexões de Antunes (2022) expressam o quanto o ultraneoliberalismo do governo Temer impactou nas relações de trabalho, sobretudo para a população pobre, que se encontra na marginalidade do trabalho precarizado. Como assinalado pelo autor, Temer abriu o caminho e Bolsonaro deu sequência à devastação e aos desmontes dos direitos sociais e da legislação protetora do trabalho.

A aprovação no governo Bolsonaro da Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019, consolidou as contrarreformas na Previdência Social. Entre as alterações está o aumento da idade mínima de aposentadoria das mulheres para 62 anos. Além da prevalência de medidas ultraneoliberais, esse governo associou posicionamentos ultraconservadores com ataques à Ciência, desvalorização das universidades públicas e uma má gestão da Saúde Pública no contexto de crise sanitária, em decorrência da Covid-19.

É imprescindível reforçar que para o debate das políticas sociais públicas, é necessário fazê-lo em torno do Fundo Público e do financiamento, a fim de situar sob qual Estado elas se estruturam e a quem efetivamente interessam.

O debate central do presente estudo visa situar a política de Saúde enquanto direito e o acesso que a população em situação de rua tem a esse direito fundamental e de caráter universal. Esta seção traz a análise sobre a estrutura das políticas sociais no marco das particularidades da realidade brasileira, o que possibilita a compreensão do objeto de estudo, com subsídios para aprofundar na próxima seção a análise sobre a política de saúde no Brasil.

2.3 Política de Saúde no Brasil

Antes de adentrar no debate da política de Saúde e sobre o acesso das pessoas em situação de rua, faz-se necessário, sumariamente, apresentar aspectos históricos importantes do processo de desenvolvimento e consolidação da política enquanto direito social.

No âmbito da Saúde houve algumas iniciativas anteriores à ação estatal. Bravo (2009) aponta que no século XVIII, a assistência médica era pautada pela filantropia e não constituía um direito. No século XIX, houve a introdução de campanhas de vacinação vinculadas à Saúde Pública; no final desse século, a Saúde já compunha timidamente as reivindicações da classe trabalhadora. Entretanto, foi no início do século XX que a Saúde emergiu como “questão social” no Brasil, em consonância com a emergência do trabalho assalariado.

Na década de 1920, a Saúde era considerada vinculada às relações de trabalho, com a criação em 1923 das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Os benefícios concedidos estavam condicionados às contribuições e não disponibilizavam o acesso a todos os trabalhadores, mas como já abordado estava direcionado a trabalhadores ligados aos setores produtivos. Entre as provisões estavam: “assistência médico-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.” (Bravo, 2009, p. 90).

A década de 1930 no Brasil possibilitou uma redefinição do papel do Estado, e a Saúde se organizou em âmbito nacional em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. Na saúde pública prevaleceram campanhas sanitárias com vistas a fomentar condições sanitárias mínimas para a população. Foram criados os serviços de combate a doenças prevalentes como a febre amarela e a malária.

Já na medicina previdenciária houve a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que se estenderam a um número maior de categorias profissionais, todavia, ainda não era do alcance de todos os trabalhadores (como exemplo, o trabalhador rural). O acesso à assistência médica era ainda restrito e condicionado ao vínculo formal de trabalho.

No período da ditadura militar houve a unificação dos IAPs, em 1966, e a saúde pública entrou em declínio; em contrapartida, a medicina previdenciária cresceu com incentivo e incremento ao setor privado, a articulação do Estado à política internacional e o fortalecimento das indústrias farmacêuticas.

A emergência nos anos 1970 do movimento Reforma Sanitária possibilitou que a Saúde deixasse de ser uma preocupação isolada para assumir uma dimensão política, associando-se às reivindicações pela redemocratização nos anos 1980.

Para Paim (2009), a Reforma Sanitária, como fenômeno histórico e social, representa um conjunto articulado de princípios e de proposições políticas. Nesse contexto, as lutas sociais articuladas ao enfrentamento da ditadura militar se encaminhavam na “defesa da democratização da Saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos” (Paim, 2009, p. 29).

Bravo (2009) destaca os principais atores que fortaleceram a Reforma Sanitária: os trabalhadores da saúde, o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (Cebes), que fomentava o debate em torno da saúde pública e o processo de democratização, os movimentos sociais urbanos e a sociedade civil. As principais reivindicações desse coletivo se concentravam na defesa pela universalização do acesso à Saúde enquanto direito do cidadão e a sua provisão

como um dever do Estado, com a unificação do Sistema de Saúde, a descentralização na condução da política para Estados e municípios, o financiamento público efetivo e a participação social.

A luta pela universalidade da Saúde achava-se em consonância com os movimentos internacionais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou em Alma Ata, na República do Cazaquistão, em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, momento em que se discutiu “a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (Brasil, 2002).

Um marco na política de Saúde no Brasil foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília. Os eixos temáticos que conduziram os debates dessa Conferência foram: “I- A Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II- Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III- Financiamento setorial.” (Bravo, 2009).

As reivindicações almejavam a regulamentação dessas pautas na Constituição Federal de 1988. O processo constituinte foi terreno de disputas: de um lado, os grupos empresariais com o projeto privatista de saúde associado à indústria farmacêutica; de outro lado, o projeto de Reforma Sanitária, na luta pela saúde pública e universal.

Os artigos 196 a 200 da Constituição Federal regulamentam a política de saúde e possibilitaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O art. 196 assegura que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

O texto constitucional não deixa de atender aos interesses do mercado: assegura a participação complementar do setor privado na provisão da saúde, com preferência para as entidades filantrópicas, sem fins lucrativos. Como já debatido, a Constituição Federal de 1988 traz uma concepção de Seguridade Social que contém importantes avanços, mas encontrou obstáculos para ser efetivada, haja vista o projeto de contrarreformas fortalecido nos anos 1990, sob a perspectiva do ajuste fiscal da política neoliberal.

A Saúde foi objeto de lei específica, com regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) – nº 8.080, em 19 de setembro de 1990. Essa lei inaugurou o debate em âmbito

nacional da articulação da concepção de determinantes e condicionantes⁸ do processo saúde-doença, correlacionada aos aspectos sociais.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013).

Ainda que limitada, a concepção de determinantes e condicionantes ampliou o debate em torno das condições de saúde, que passou a ser legalmente reconhecida não apenas vinculada aos aspectos biológicos ou à ausência de doenças. Inaugurou uma nova concepção que considera que as formas de inserção dos indivíduos na sociedade e o acesso a determinados bens e serviços sociais influenciam na saúde física, mental e na qualidade de vida dos sujeitos.

A próxima seção explicitará a concepção de Determinação Social da Saúde, conceito que respalda o estudo. Mais do que simplesmente considerar o âmbito social como índices isolados, objetiva caracterizar o processo saúde-doença apoiado no materialismo histórico dialético, a partir da análise da totalidade social.

2.4 Determinação Social da Saúde e População em Situação de Rua

Para essa reflexão, faz-se necessária uma análise crítica, em consonância com o contexto histórico, com o modo de produção e a sociedade de classes, para a compreensão da Saúde da População em Situação de Rua, a partir da Determinação Social da Saúde.

Borghi, Oliveira e Sevalho (2018) apontam que a origem do pensamento latino-americano em Saúde teve início nos finais dos anos 1970 e ganhou destaque nos anos 1980, com o desenvolvimento da Medicina Social latino-americana, que estimulou o que no Brasil ficou conhecido como Saúde Coletiva.

O conceito latino-americano de Determinação Social da Saúde tem como base uma abordagem crítica a partir dos conhecimentos produzidos no interior da Saúde Coletiva, que posiciona a dialética como elemento central, uma concepção materialista que considera a

⁸ A concepção de determinantes e condicionantes do processo saúde-doença da Lei nº 8.080/1990 está ancorada na concepção de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Contudo, o presente estudo tem como referencial teórico o conceito latino-americano, produzido no interior da Saúde Coletiva, de **Determinação Social da Saúde**, sob a perspectiva crítica da teoria marxiana, que considera a correlação com a organização e reprodução da vida social e com as relações assumidas pelo mundo do trabalho na sociedade capitalista.

realidade em seu sentido ontológico, ou seja, que se manifesta independentemente da representação ou ideia que o indivíduo tenha sobre ela (Neves, 2023).

Esse modo de compreender a Determinação social da Saúde não se relaciona com o determinismo monocausal, que considera apenas os aspectos biológicos, ou de modo isolado o contexto histórico ou social. Trata-se de uma concepção que compreende a saúde articulada ao todo: social, biológico, histórico-estrutural, econômico (Neves, 2023).

A determinação social tem natureza qualitativa, pois procura caracterizar socialmente a saúde e a doença em sua complexidade histórica concreta.

Nota-se, através da perspectiva trazida pela epidemiologia crítica, o conceito da Determinação Social da Saúde se pauta pela lógica de que a saúde deve ser analisada a partir das formas de organização da vida social, com base no trabalho e na reprodução social. Contrária à concepção de causalidade, esta abordagem traz a visão dialética, que visa superar o âmbito da aparência e a realidade fenomênica. (Nogueira, 2017, p. 35).

A concepção de Determinação Social da Saúde difere, portanto, da concepção de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que é o conceito utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta criou em 2005 a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), com o objetivo de fomentar a nível mundial ações de promoção para alcançar índices de igualdade em saúde no interior dos países e entre diferentes países. Considerando a recomendação da OMS, o Brasil criou, por meio de Decreto presidencial em 13 de março de 2006, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS).

Em 2008 foi publicado o Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), intitulado “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”. A concepção de determinantes foi alvo de críticas, o que pode ser mais bem compreendido tendo como base a coletânea de artigos publicados pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), intitulada “Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária” (Nogueira, 2010).

Nogueira (2010) apresenta uma reflexão crítica em torno da concepção de determinantes sociais, ao apontar a falta de densidade teórica, que remete a uma ideia de causalidade social no que se refere às questões de saúde. São considerados os fatores sociais isolados, sem vinculação aos aspectos biológicos e ambientais, o que implica uma perspectiva biomédica de saúde que oculta as condições de vida e a estrutura social. “A doença continua a ser entendida como um evento clínico-biológico, enquanto suas causas são consideradas

fatores sociais isolados, portanto, sem que estejam fundadas em qualquer teoria da sociedade.” (Nogueira, 2010, p. 7).

Nogueira considera a ausência de uma teoria social que dê respaldo ao conceito de determinantes da OMS, predispondo a um determinismo. Ainda que as desigualdades sociais e a pobreza sejam apontadas na concepção de determinantes sociais, não são considerados os elementos estruturais que configuram o sistema econômico que fundamenta as relações de desigualdade social.

De nossa parte, insistimos que a saúde é um fenômeno eminentemente humano e não um fato biológico-natural. Portanto, defendemos o ponto de vista de que o esforço de entender a determinação da saúde vai muito além do emprego de esquemas de causalidade e não deve ser confundido com uma associação empiricista entre condições de saúde e fatores sociais. (Nogueira, 2010, p. 8).

A teoria crítica do Brasil, no âmbito do Cebes, encontra-se em consonância com a teoria crítica latino-americana da Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames), que há tempos coloca como centro do debate a perspectiva de totalidade na compreensão da determinação social da saúde, e considera que a análise dos determinantes sociais fortalece a perspectiva positivista da epidemiologia tradicional.

O presente estudo utiliza o referencial teórico-metodológico da Determinação Social da Saúde, a fim de trazer para a discussão os elementos centrais da estrutura da sociedade de classes, a fim de compreender as condições de saúde (Neves, 2023).

As condições materiais de produção e as características sociais gerais de uma sociedade são, efetivamente, a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. É mais do que evidente o grande diferencial de risco ambiental ou físico a que estão cotidianamente submetidos os indivíduos, tanto em seu trabalho como no domicílio e entorno, conforme a sua posição social. (Fleury-Teixeira; Bronzo, 2010, p. 38-39).

As desigualdades sociais que permeiam a sociedade capitalista têm reflexos nos níveis de saúde e no acesso às políticas sociais, que se manifestam de modo desigual entre os diferentes países do globo e no interior dos próprios países. As exposições às situações de risco para agravos em saúde são distintas, haja vista as populações que convivem cotidianamente com a ausência de condições objetivas de moradia, saneamento básico e alimentação adequada (Neves, 2023).

Fleury-Teixeira e Bronzo (2010, p. 43) consideram que as “diferentes condições sociais de vida resultam, em geral, em diferentes condições de saúde e duração da vida, ou, por contraface, de adoecimento e morte”.

Em vista disso, é necessário incluir na reflexão da determinação social da saúde a População em Situação de Rua, enquanto expressão da questão social. Como já abordado no primeiro capítulo, esta encontra nas condições estruturais de desenvolvimento da sociedade capitalista as determinações para a produção e reprodução do fenômeno. A situação de rua tem reflexos nas condições de saúde da população que a vivencia, o que demanda uma reflexão ampliada acerca da determinação social no processo saúde-doença, que se particulariza pela realidade concreta dos que vivenciam a situação de rua (Neves, 2023).

A vida nas ruas expõe homens, mulheres, crianças e idosos a diversos riscos; a realidade vivenciada nas ruas pode tanto conduzir ao adoecimento quanto agravar doenças preexistentes. Souza (2012, p. 52) lista algumas das situações de risco a que a população está exposta: violência: viver na rua é estar exposto a diversas formas de violências, sejam elas físicas, patrimoniais, por parte de agentes de segurança, que atuam na perspectiva da política higienista; violência psicológica: resulta na vivência de situações de preconceito e discriminação; ausência de alimentação adequada/insegurança alimentar: nem sempre é possível ter acesso à água para a higienização das mãos antes das refeições; falta de acesso à água potável para o consumo; privação de sono, devido à necessidade de ficar atento para não ser vítima de assaltos ou violência, ou pela falta de local adequado para pernoite; exposição às variações climáticas, chuva, frio, calor intenso; falta de acesso aos equipamentos de saúde para consultas e exames de rotina e para ações de prevenção.

Tais fatores contribuem para o adoecimento da população. Escorel (2009) analisa que a cronificação de alguns agravos está fortemente vinculada ao tempo em situação de rua.

Conforme Candiani (2012, p. 58), os problemas clínicos mais prevalentes nessa população são: problemas nos pés, por passarem muitas horas do dia em pé, andando, com o uso de sapatos inadequados, sem possibilidade de troca quando molhados, o que traz infecções fúngicas; problemas dermatológicos diversos, devido à exposição ao sol e à ausência de condições para realizar a higiene corporal.

Esse autor chama atenção para a maior incidência nessa população de tuberculose e exposição às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), bem como às doenças crônicas: hipertensão, diabetes e doença pulmonar obstrutiva, que se apresentam na população em situação de rua em idade precoce quando comparada à população geral.

Os transtornos mentais também são considerados como um agravo prevalente nesse segmento, além da incidência do uso de álcool e drogas (Escorel, 2009, p. 118). A autora anota que a situação de rua não só reproduz adoecimento como agrava as doenças

preexistentes; a relação que essa população tem com os serviços de saúde pode trazer mais obstáculos ao acesso. Ademais, há as dificuldades objetivas de seguir protocolos de tratamento. Como garantir o uso adequado de medicações (dosagem, horários), se não existem condições estruturais de habitação e saneamento básico?

Os dados do I Censo Nacional da População em Situação de Rua (Brasil, 2009) revelam a histórica exclusão de acesso à política de saúde: 55% das pessoas relataram que em algum momento já sofreram situações de discriminação, sendo impedidas de adentrar em estabelecimentos comerciais, *shopping centers*, transporte coletivo, bancos e serviços públicos de saúde; 18% relataram já terem sido impedidas de receber atendimentos nos equipamentos de saúde. Outro dado relevante que o Censo apontou é o maior acesso da população em situação de rua aos serviços de urgência/emergência 44%, seguido dos atendimentos em Unidades Básicas de Saúde 27% (Escorel, 2009, p. 125).

Apesar de os dados não serem atualizados, trata-se do primeiro e único Censo da população em situação de rua realizado a nível nacional e exprime a histórica realidade acerca da dificuldade de acesso às ações de promoção em saúde, devido à burocratização do acesso, ficando relegado ao atendimento apenas de situações emergenciais.

Mendes, Chagas e Penna (2020, p. 78) consideram que para uma reflexão ampliada de acesso da população em situação de rua à política de saúde, é necessário considerar dois elementos centrais. O primeiro é que a estrutura da Saúde pública está baseada “em modelos tradicionais/burgueses de moradia, família, emprego e hábitos cotidianos”, configuração que não se enquadra na vivência das ruas.

O segundo é a necessidade de compreender como o conservadorismo e as “concepções moralizantes revelam os discursos macrosociais de criminalização da pobreza, guerra às drogas e limpeza urbana/social que as legitimam e reproduzem”, reforçando os estigmas sobre esse segmento que, muitas vezes, não é acolhido nos equipamentos de Atenção Básica devido a protocolos mais rígidos de acesso (Mendes; Chagas; Penna, 2020, p. 78).

A centralidade desse debate requer o fortalecimento de políticas públicas específicas direcionadas à PSR, que atuem nas diferentes necessidades sociais e de saúde. Para Mendes, Chagas e Penna (2020), tornar acessível o direito à saúde para a população em situação de rua não significa simplesmente submetê-la aos modelos impostos ou constrangê-la à adequação; é preciso considerar as particularidades e as barreiras objetivas que impedem o acesso aos serviços de saúde, pois a pessoa em situação de rua não se encontra isolada de um contexto histórico, social, político e cultural.

As dificuldades de acesso da população em situação de rua à política de saúde podem ser mais bem compreendidas quando considerada a concepção de território que compõe a organização da política de saúde, debate contido na próxima seção.

2.5 Concepção de território e acesso à política de saúde

Abordar os aspectos conceituais de território é fundamental para compreender dois elementos centrais ao presente estudo: as relações sociais que permeiam a vivência nas ruas e o acesso à política de saúde, que tem como base organizativa a territorialidade.

Como visto na seção anterior, a vivência nas ruas impacta nas condições de vida e saúde. Nesse sentido, é fundamental considerar como essa população se insere no território urbano. Busca-se compreender o território para além das limitações geográficas e da organização espacial, considerando-o um todo complexo onde se acham as relações sociais e suas contradições, e onde se materializam as condições de vida.

Utiliza-se como referencial teórico o conceito de território de Milton Santos (2003, p. 310). Para esse autor, o território por si só não é uma categoria analítica, mas sim a concepção de “território usado pelos homens, tal qual ele é, isto é, o espaço vivido pelos homens, sendo também o teatro da ação de todas as empresas, de todas as instituições. Desse espaço humanizado, as cidades são hoje a grande representação”.

Santos (1998) diferencia o conceito de espaço geográfico e território. O espaço geográfico é uma categoria abstrata; já o conceito formulado pelo autor de “território usado” é o espaço geográfico historicizado, usado por um povo, por uma nação, que se organiza em uma formação socioespacial correlacionada à formação econômica e social. O espaço geográfico não se produz; o que se produz é o uso do território, na sociedade capitalista.

Há uma disputa pelo uso do território; este é utilizado de forma diferente entre pessoas (cidadãos comuns) e mercado. Ele é usado pelo mercado, pelas empresas como recurso, e serve para atender aos interesses do modo de produção vigente. Por outro lado, tem-se a concepção de território como espaço de abrigo para todos, considerado como “espaço banal”, local de realização da vida cotidiana. Todavia, a correlação de forças coloca em questão o uso do território.

O uso pelo mercado contribui para as desigualdades socioespaciais, uma vez que há maiores investimentos tecnológicos e econômicos em territórios que são de interesse do

processo produtivo. O movimento de globalização reforça a hegemonia do mercado no uso do território, além de fomentar o que Santos (1998) considera como transnacionalização do território, que contribui de igual modo para o aprofundamento da desigual divisão internacional do trabalho. Dessa forma, quem comanda as relações sociais são as relações de produção de mercado.

Quando se fala em Mundo, está se falando, sobretudo, em Mercado, que hoje, ao contrário de ontem, atravessa tudo, inclusive a consciência das pessoas. Mercado das coisas, inclusive a natureza; mercado das ideias, inclusive a ciência e a informação; mercado político. Justamente, a versão política dessa globalização perversa é a democracia de mercado. O neoliberalismo é o outro braço dessa globalização perversa, e ambos esses braços – democracia de mercado e neoliberalismo – são necessários para reduzir as possibilidades de afirmação das formas de viver cuja solidariedade é baseada na contiguidade, na vizinhança solidária, isto é, no território compartilhado. Se essa convivência conhece uma regulação exterior, esta se combina com formas nacionais e locais de regulação. (Santos, 1998, p. 18-19).

O território não pode ser considerado como fim em si mesmo, senão correlacionado ao uso, espaço que conforma uma totalidade em que se acham as relações sociais; sobretudo, é a dimensão que organiza o uso do território. Essa reflexão posiciona o debate sobre o direito à cidade, uma vez que as cidades enquanto “território usado” constituem um espaço primordial para o desenvolvimento das relações de produção. Conforme Silva e Santos (2018), o método de Marx oferece o caminho dialético necessário para a compreensão crítica sobre direito à cidade no capitalismo contemporâneo.

É inerente à acumulação capitalista a reprodução das desigualdades social, econômica, espacial e cultural. O território é o *locus* onde permeiam as contradições que segregam os espaços. Há segmentos sociais que muitas vezes são removidos do espaço urbano para conceder lugar à expansão capitalista.

[...] torna-se cada vez mais visível que os que se encontram completamente pauperizados, que não podem pagar pela fruição dos espaços citadinos, a exemplo da população em situação de rua, se torna alvo preferencial das ações de controle social e é constantemente removida dos espaços e violada no seu direito mais elementar de ir e vir. (Silva; Santos, 2018, p. 172).

Os espaços urbanos são *locus* privilegiados de produção e de circulação de mercadoria; são territórios necessários à expansão do capital, à medida que é usado pelo mercado o construto coletivo do direito à cidade, que vai se tornando cada vez mais privado.

As cidades constituem o local onde circulam os sujeitos que cotidianamente buscam condições objetivas e subjetivas que assegurem a reprodução da vida, mas se deparam com uma geografia desigual, que separa os que podem dos que não podem pagar pelo direito à

cidade, e se ramifica na reprodução de ações discriminatórias e preconceituosas, com reflexos nos segmentos em maiores condições de vulnerabilidade.

Para Santos (2003), o processo de urbanização em si não foi um mal, mas a forma como as cidades se organizam na sociedade capitalista, segregando os merecedores e os não merecedores de ocupar determinados lugares, em decorrência da privatização do espaço urbano, é o que traz consequências negativas, ampliando os níveis de desigualdade social, o que impacta nas condições de vida e saúde.

A cidade está ameaçada de privatização, o que vai ser um grande problema nas questões de saúde pública: a privatização da água, dos esgotos, e tudo mais que concerne à vida urbana. No mundo em que a cidade, tendo crescido de tamanho, tem nas empresas filiadas aos grandes bancos a solução para as questões urbanas, na medida em que são cegos para a vida social e para as questões humanitárias, os problemas vão se avolumar contra os que não podem pagar (Santos, 2003, p. 314).

Ao analisar o debate sobre saúde e território, Milton Santos (2003) chama atenção para o fato de que historicamente as questões de saúde são tratadas segundo critérios deterministas. O autor retoma o conceito pejorativo utilizado mundialmente de “doenças tropicais”⁹; a produção acadêmica e intelectual fomenta estudos deterministas que colocam em evidência a tropicalidade dos países, correlacionando-a com problemas de saúde de forma determinista, colocando nos países tropicais a responsabilidade pelo surgimento das doenças e desconsiderando os níveis de pobreza e precariedade de vida, a falta de saneamento básico, entre outras questões estruturais que conformam os países de capitalismo dependente.

Certamente não se trata de um movimento natural e determinista, mas sim de algo decorrente de uma organização socioespacial e territorial que conforma a divisão internacional do trabalho e posiciona os países de capitalismo dependente e historicamente explorados, imersos em problemas estruturais, em terrenos de enriquecimento dos países centrais.

Da mesma forma, a questão alimentar, que já então preocupava as pessoas de boa vontade, também era apontada como um problema e uma questão da regionalização. Ou seja, haveria regiões fadadas a ter fome e outras fadadas a ter abundância. Critiquei a dicotomia racista e preconceituosa que considerava normal e evidente que os europeus se organizassem inteligentemente, e nós, naturalmente, em parte por culpa de nossa tropicalidade e em parte devido à nossa precariedade intelectual, não poderíamos ultrapassar nossos limites (Santos, 2003, p. 311).

⁹ Consideradas pela OMS como Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs), são encontradas especialmente entre as populações pobres da África, Ásia e América Latina. Juntas, causam entre 500 mil e 1 milhão de óbitos anualmente. Doenças tropicais, como a malária, a doença de Chagas, a doença do sono (tripanossomíase humana africana, THA), a leishmaniose visceral (LV), a filariose linfática, a dengue e a esquistossomose continuam sendo algumas das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo (Ministério da Saúde, 2022).

A crítica do autor indica que as questões de saúde não estão vinculadas apenas ao clima ou à região onde se localiza, mas estão imersas na realidade concreta onde se situam as relações econômicas e de poder. Até mesmo o enfrentamento dos problemas de saúde se correlaciona com o poder econômico que privilegia parte da sociedade em detrimento de outra.

A década de 1970 trouxe um contexto de profundas mudanças; o crescimento da urbanização conduziu a alterações no perfil epidemiológico, com o aparecimento de novas doenças, o que passou a exigir um olhar ampliado para a saúde, conforme já discutido em seção anterior tal perspectiva se correlaciona com a determinação social da saúde. É nesse cenário que a ciência epidemiológica crítica, ancorada na perspectiva latino-americana da saúde coletiva, aproxima-se da necessária interlocução com o conceito de território de Milton Santos.

Considerando a dimensão teórico-metodológica utilizada pelo autor, é importante tecer uma reflexão acerca do conceito de território, correlacionando-o com a dimensão organizativa da política de saúde brasileira, pois apesar de o autor ter contribuições importantes para a saúde pública, concorda-se com Faria e Bortolozzi (2016) que atualmente há claramente equívocos na apropriação da perspectiva de território na gestão dos serviços de saúde. Este muitas vezes limita o conceito território a uma área geográfica específica de abrangência de atuação dos equipamentos, todavia, a proposta miltoniana considera o território para além dos limites físicos, incluindo as relações sociais em âmbito social, histórico, cultural e econômico, numa perspectiva de totalidade.

A territorialização é um princípio organizativo na estruturação do SUS; uma das diretrizes é a descentralização, que contribuiu para a municipalização dos serviços de saúde, com destaque para a década de 1990, quando tem início a reformulação dos modelos assistenciais e a organização dos serviços de Atenção Básica, através da criação do “Programa Agentes Comunitários de Saúde” (PACS), criado em 1991, e do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 (Faria; Bortolozzi, 2016).

Para regulamentar o PACS e o PSF, foi aprovada a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e coloca de forma central a saúde da família enquanto estratégia de cuidado. Define que as ações em saúde terão como base o território.

Em 2011 foi publicada a segunda edição da PNAB, aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, destacando a regulamentação de diferentes modalidades de equipes para atender às necessidades sociais e de saúde, estratégias que consideram as especificidades locais e regionais. Ressalta a existência de populações específicas ou itinerantes que são de responsabilidade também da Atenção Básica, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde, com destaque para a Estratégia Consultório na Rua, objeto de análise da próxima seção, e as Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluviais.

Em 2016, ano em que se legitimou o golpe com o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, iniciou-se um processo de revisão da PNAB. Aliado a isso, a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 trouxe consequências para o financiamento do SUS.

A terceira edição da PNAB foi aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, e expressa o momento de crise política e econômica, configurando mais uma faceta de desmonte do SUS.

Entre os princípios da PNAB (2017) estão a Universalidade (“possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, como porta de entrada aberta e preferencial dos serviços de saúde”), a Equidade (“ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde, e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade”) e a Integralidade (“conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos”) (Brasil, 2017).

O destaque aos princípios da política de Atenção Básica em Saúde tem como objetivo evidenciar que a concepção de território na perspectiva de totalidade é inerente a um cuidado em saúde que se pretende universal e equitativo. Contudo, a Territorialização e a Adscrição, que compõem as diretrizes da Atenção Básica, trazem um conceito de limite geográfico que exige uma reflexão crítica, já que o equívoco no conceito de territorialização em nível de gestão dos serviços de saúde tem contribuído para processos de exclusão dos serviços de saúde.

Territorialização e Adscrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. (Brasil, 2017).

Quando a gestão da saúde pública se apropria do conceito de território para impor limites territoriais de acesso colocam-se em questionamento os princípios básicos do SUS de universalidade, equidade e integralidade, uma vez que se suprime a possibilidade de acesso aos segmentos, que não possuem condições objetivas de acesso privado ao espaço urbano, como a população em situação de rua, que não está adscrita a um endereço ou local específico.

Teoricamente, todas as regiões de um município deveriam ter cobertura de 100% de Estratégias de Saúde da Família (ESF) para uma garantia mais equitativa de acesso à saúde, mas na prática não é o que ocorre na maioria dos municípios brasileiros, que não conseguem ofertar serviços de saúde territorialmente acessíveis e de abrangência universal. Isso não ocorre desde a implementação do SUS como política pública universal, pois requer uma política econômica de financiamento que não cabe na política de ajuste fiscal neoliberal e ultraneoliberal (em curso desde 2016), que tem promovido cotidianamente o desfinanciamento do SUS.

De acordo com Faria (2020), diante desse cenário, a territorialização da Atenção Básica, cujo objetivo é ofertar um cuidado universal e ser uma porta de entrada do SUS, não se desenhou completamente, conformando um projeto social inacabado.

A territorialização está hoje presente nos documentos reguladores da ABS do SUS e incorpora em si mesma o modelo de atenção que se quer adotar. Mas os contextos político-ideológicos e os processos econômico-institucionais inviabilizaram, até agora, a reorientação para um modelo assistencial territorializado. Por isso, a territorialização da ABS não se completou e, por conseguinte, não se completou também o desenho da porta de entrada do SUS no Brasil. E isso traz inúmeras consequências que jogam contra os princípios da ABS legalmente previstos e historicamente construídos (Faria, 2020, p. 4.522).

O projeto idealizado de territorialização para um SUS que se pretende universal deveria considerar uma concepção de território no seu sentido ampliado, na totalidade em que permeiam as relações econômicas, sociais e políticas. A terceira edição da PNAB (2017) evidencia o quanto a concepção de território adotada, associada ao histórico de subfinanciamento crônico do SUS, converge para um sistema de saúde fragmentado.

Para Faria (2020), a natureza político-ideológica que alicerça as políticas públicas no contexto atual é a principal limitação para a efetivação de uma territorialização do cuidado na Atenção Básica em Saúde. O autor refere-se ao financiamento como um entrave ao projeto universalista do SUS:

O neoliberalismo é contrário às políticas territoriais, pois seu objetivo é exatamente a fragmentação do território. Na acepção miltoniana, o neoliberalismo não reconhece o território que ele mesmo explora, mas o mercado globalizado como uma rede produtora de irracionalidades, sendo ao mesmo tempo e dialeticamente seu objetivo e sua consequência. Por isso, no campo da saúde, o modelo privatista e hospitalocêntrico será seu corolário, ao contrário do modelo de atenção territorializado e organizado para grupos populacionais geograficamente localizados (Faria, 2020, p. 4.525).

Apresentada a discussão sobre território na perspectiva de Milton Santos e a concepção de territorialização vigente nos marcos normativos do SUS, evidenciam-se os limites para a efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

A próxima seção se propõe a debater a Estratégia Consultório na Rua, objeto do presente estudo, considerando o princípio da equidade, a viabilidade e a efetivação do direito à saúde enquanto serviço específico para atender às necessidades sociais e de saúde da população em situação de rua.

2.6 Consultório na Rua: estratégia de cuidado

O processo histórico de reconhecimento dos direitos sociais como leis tem raízes nas lutas dos movimentos sociais que, no processo de redemocratização do país, na década de 1980, reivindicavam políticas públicas e melhores condições de vida e saúde.

A concepção progressista da Constituição Federal de 1988 possibilitou a ampliação dos debates e lutas já iniciados pelos movimentos sociais organizados em favor dos direitos da população negra, das mulheres, das crianças e adolescentes, das populações vulneráveis. Nesse período, movimentos sociais começaram a se organizar em favor da População em Situação de Rua e passaram a defender a implantação de políticas públicas de atenção a este segmento.

Debates, encontros, fóruns de discussões foram tomando forma em todo o país, na busca pela efetivação dos direitos sociais. Em 1993 foi inaugurado o Fórum Nacional de Estudos sobre População em Situação de Rua, que garantiu maior visibilidade e mobilização à luta pelo acesso a habitação, saúde e assistência social (Brasil, 2011c).

O que marcou de forma lamentável a articulação de diversos segmentos e movimentos sociais na luta por maior proteção social à População em Situação de Rua foi o massacre que ocorreu na Praça da Sé, na região da Grande São Paulo, entre os dias 19 e 22 de agosto de 2004, quando 16 Pessoas em Situação de Rua foram agredidas e 7 foram assassinadas

enquanto dormiam. Diante do cenário trágico de violência, o dia 19 de agosto entrou para a história como o dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua (Ferro, 2013).

Esse contexto viabilizou a organização e a reivindicação dos movimentos sociais em torno da elaboração de uma Política Nacional para a População em Situação de Rua. Lideranças desse segmento, pessoas em situação de rua de diversos locais do Brasil, participaram em setembro de 2005 do 4º Festival Lixo e Cidadania; durante este evento, foi apresentada a organização do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR).

Do luto à luta. Sobre as ruínas de um massacre, a insurgência do novo: um movimento social articulado por diferentes organizações sociais, instituições de acolhimento, “moradores de rua” e “ex-moradores de rua” (alguns sobreviventes do massacre da Sé) que, de vítimas, agora passam a cultivar uma “comunhão entre vítimas”, falando por “si próprios” e reivindicando direitos. Nascia, assim, o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), lançado oficialmente em 2005. (Silva, 2017, p. 109).

No mesmo ano, a Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), por meio das reivindicações do MNPR compreendeu que era necessário criar estratégias a fim de organizar políticas públicas voltadas a este segmento populacional.

Em 2007 iniciou-se o processo de elaboração da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), com a realização de seminários, debates e fóruns. Em 2009 foi realizado o II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, momento em que foi aprovada a Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR) e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, regulamentados pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.

Entre os objetivos previstos no art. 7º desta política está o de “criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Sistema Único de Saúde (SUS) para qualificar a oferta de serviços”. A proposta é de uma ação intersetorial entre as políticas de Saúde e de Assistência Social, com vistas a uma maior proteção social.

A PNPR deu maior visibilidade a esse segmento. No âmbito da Saúde, foi também regulamentado, através da Portaria nº 3.305/2009, o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Entre as principais atribuições apresentadas no art. 2º, estão:

I. Propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS; [...] IV. Participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população em situação de rua;

No âmbito da Saúde, uma atenção voltada especificamente para a População em Situação de Rua foi regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: a Estratégia Consultório na Rua (CnR), serviço voltado especificamente para atender às necessidades de saúde da população em situação de rua em suas particularidades.

É importante realizar um breve resgate histórico dos precedentes que viabilizaram a conformação do cuidado em saúde para essa população.

As ações que antecederam o atual modelo do cuidado em saúde para a População em Situação de Rua teve como principal idealizador o psiquiatra e professor Dr. Antônio Nery Filho, por meio de um Projeto de Extensão vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Conforme Borysow (2018), em 1985, Nery iniciou um trabalho de observação e abordagem nas ruas de Salvador, a partir da aproximação das demandas das pessoas que viviam nos locais públicos da cidade, com enfoque na atenção a crianças e adolescentes. Ao observar o alto índice do uso de substâncias psicoativas nas ruas, criou o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad).

Diante das experiências internacionais e de estudos, Nery, em 1997, começou a idealizar o projeto “Consultório de Rua”, que seria composto por equipe multiprofissional, com funcionamento itinerante, cujo propósito era oferecer cuidado em saúde mental, sobretudo voltado ao uso de álcool e drogas, na perspectiva da redução de danos.

Em 1999, a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (Setrads) da Prefeitura Municipal de Salvador passou a financiar o serviço Consultório de Rua. Em âmbito nacional, o projeto ganhou reconhecimento apenas em 2009, quando passou a ser financiado pelo Ministério da Saúde (Borysow, 2018).

O Consultório de Rua de Salvador foi modelo de referência e possibilitou a expansão do serviço pelo Brasil, através do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (Penad), instituído pela Portaria nº 1.190 do Ministério da Saúde em 2009, vinculado à Coordenação Nacional de Saúde Mental.

Visa uma modalidade de atendimento que ofereça cuidados fora do contexto tradicional e busque adaptação ao contexto de vida dos usuários. São dirigidas aos usuários de drogas e ligados aos departamentos de saúde mental, tornando acessíveis os serviços institucionalizados de assistência integral no espaço da rua, tendo em vista ainda a constituição de laços sociais entre a equipe e o usuário. (Mendes; Chagas; Penna, 2020, p. 82).

Todo o serviço de saúde voltado à População em Situação de Rua emergiu a partir de reuniões e discussões de vários atores sociais, principalmente nas Reuniões do Comitê Técnico de Saúde. A terceira reunião, realizada em 2011, contou com a participação de representantes do MNPR de vários estados do país, momento em que se discutiu a proposta de ampliar as atividades do Consultório de Rua para Consultório na Rua. Defendia-se que as ações não deveriam ser centradas apenas no uso de substâncias psicoativas, ou relacionadas apenas ao cuidado em saúde mental, mas deveriam ofertar um cuidado integral, como o ofertado pelos serviços de Atenção Básica (Borysow, 2018).

As reivindicações do MNPR viabilizaram uma ampliação importante para pensar o cuidado em saúde, uma vez que as pessoas não podem ser reduzidas apenas à condição de usuárias de substâncias psicoativas ou aos transtornos mentais. É necessário alcançar a perspectiva do cuidado, tendo como princípio a integralidade. Ademais, o uso de substâncias psicoativas não é uma questão exclusiva desse grupo social (Neves, 2023).

A experiência do Consultório de Rua foi extremamente relevante e ofereceu as bases para articular as ações de saúde mental aos cuidados da Atenção Básica. Após várias discussões, acordou-se sobre a efetivação da proposta da Estratégia Consultório na Rua, sem desconsiderar a experiência pioneira duramente conquistada na década de 1990 (Neves, 2023).

Atualmente, as equipes são denominadas de “Consultório na Rua” e estão vinculadas ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Santana (2014) considera que embora os transtornos mentais possam estar entre as principais motivações que conduzem à vivência nas ruas, o acesso à política de saúde não pode se limitar a essa questão. Dada a determinação social da saúde, a vivência nas ruas demanda a integralidade do cuidado.

A proposta do Consultório na Rua, além de considerar os agravos relacionados à saúde mental, trouxe como proposta um cuidado integral, tendo por base as ações desenvolvidas na Atenção Básica, executadas pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS): prevenção dos agravos, promoção, proteção, reabilitação e redução de danos. Entre as ações, destaca-se o acompanhamento de pré-natal das gestantes em situação de rua, o acompanhamento de diabetes, hipertensão, orientações acerca do autocuidado e da prática sexual protegida (Neves, 2023).

Mais importante que a mudança de nomenclatura (Consultório de Rua para Consultório na Rua) ou a qual política o serviço esteja vinculado, é atentar para o desafio de desenvolver uma política articulada em rede intra e intersetorial, “abolindo a manutenção de

um trabalho higienista, curativista e hospitalocêntrico, que ainda predomina na nossa sociedade, especificamente para essa população” (Santana, 2014, p. 1.800).

A Estratégia Consultório na Rua é regulamentada pela PNAB (2011), formada por equipes multiprofissionais. As atividades são realizadas de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na Unidade móvel e também nas instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território onde está atuando. Tem como proposta desenvolver ações em parceria com as demais equipes de Atenção Básica do território, UBS, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e também com outros serviços: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a Rede de Urgência e demais instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), entre outras instituições públicas e da sociedade civil (Brasil, 2011a).

De acordo com a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes para o funcionamento das Equipes do Consultório na Rua, existem três modalidades deste serviço: a modalidade I, formada por quatro profissionais; a modalidade II, formada por seis profissionais; e a modalidade III, formada por seis profissionais mais o profissional médico. Poderão compor a equipe dos Consultórios na Rua as seguintes profissões: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal (Brasil, 2012).

As equipes de Consultório na Rua e os Centros de Atenção Psicossocial compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ao lado de outros serviços da Atenção Básica e da rede de urgência e emergência. O Consultório na Rua, articulado aos Centros de Atenção Psicossocial, tem a responsabilidade de seguir a promoção de cuidados em saúde mental, aos usuários de crack, álcool e outras drogas, a partir da perspectiva da política de redução de danos (Brasil, 2011b).

A redução de danos integra um conjunto de ações de saúde pública que visam reduzir os riscos sociais e de saúde decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Mesquita (2020, p. 10) pontua que a primeira experiência no Brasil de redução de danos aconteceu em dezembro de 1989, no I Seminário Santista sobre Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), que apresentou a proposta da troca de seringas para usuários de drogas injetáveis, o que na época era a principal causa de transmissão do HIV e da hepatite C.

Na Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005, consta que a redução de danos tem na “[...] informação, educação e aconselhamento o objetivo de estimular a adoção de comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem

dependência, e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais”. A Portaria assegura que, ao lado das orientações, faz-se necessário realizar a distribuição de insumos para amenizar os riscos decorrentes do consumo de substâncias (Brasil, 2005).

Nessa perspectiva, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e o Consultório na Rua atuam. Segundo Mesquita (2020, p. 13), a maioria dos CAPS ad (álcool e drogas) segue a lógica de redução de danos e oferece o tratamento a partir da realidade dos usuários, diferentemente dos moldes proibicionistas, ligados à abstinência, possibilitando a oferta de alternativas. Trata-se de uma perspectiva que provoca um embate direto a uma política histórica de guerra às drogas que mais serve para promover a criminalização da pobreza.

É necessário ressaltar a importância dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental, como os CAPS, mas também reconhecer seus limites, sobretudo num contexto de desmonte da saúde pública. Conforme Daniela Arbex (2013, p. 233), mesmo que se tenha construído um novo paradigma para a saúde mental, a “loucura” ainda é justificativa para a manutenção da violência e da medicalização da vida.

Tal concepção é também compartilhada por Passos (2018), mesmo com a mudança de perspectiva do cuidado em saúde mental: “[...] ainda experimentamos inúmeros formatos e formas de *apartheid* social, expressas pela via da medicalização e da patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela higienização urbana [...]” (Passos, 2018, p. 13).

Com o recrudescimento do neoconservadorismo, as políticas de redução de danos, mesmo regulamentadas por lei, encontram muitas barreiras num cenário que fortalece as Comunidades Terapêuticas. Expressão disso são os retrocessos que ignoram o Movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica. No dia 4 de fevereiro de 2019, foi publicada pelo Ministério da Saúde a Nota técnica 11/2019, denominada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”.

Nela faz-se a defesa da incorporação, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dos Hospitais Psiquiátricos, contrariando a Reforma Psiquiátrica, que defende a implantação de serviços substitutivos e a ampliação de leitos em hospitais gerais. Inclui também as Comunidades Terapêuticas, que em sua maioria derivam do terceiro setor e lidam com as questões advindas do uso de álcool e drogas na perspectiva proibicionista e de abstinência, a partir de um viés religioso, que procura controlar as subjetividades. Estas instituições recebem financiamento do setor público, recursos que poderiam ser canalizados para as políticas públicas de saúde mental e de redução de danos (Neves, 2023).

Todos os Serviços, que compõem a RAPS são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços substitutos de outros, não fomentando mais o fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais por que se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares (Brasil, 2019).

Esse trecho da Nota Técnica evidencia o quão as ações do governo Bolsonaro (2019-2022) no âmbito da Saúde Mental foram contrárias e distantes da perspectiva da Reforma Psiquiátrica, numa clara ameaça a uma luta duramente conquistada. Nesse sentido, a Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) apresentou um documento, juntamente com outras entidades e movimentos sociais, com propostas para a política de saúde mental no atual governo Lula. O documento intitula-se “Revogações necessárias para uma Política de Saúde Mental, álcool e outras drogas antimanicomial” e sugere a revogação de 25 normativas que obstam a consolidação da Reforma Psiquiátrica no país (Abrasco, 2022).

Diante desse cenário, é fundamental para uma política de saúde universal repensar o financiamento das políticas sociais. O processo de produção e reprodução do capital, na busca incessante pela ampliação das taxas de lucro, tem se desenvolvido em face da restrição dos direitos sociais, o que resulta em políticas públicas cada vez mais focalizadas, em detrimento da perspectiva universalizante (Neves, 2023).

2.7 Ultraneoliberalismo e Neoconservadorismo: consequências para a População em Situação de Rua e para a efetivação do direito à saúde

Como já observado, todos os governos após a redemocratização do país privilegiaram o receituário neoliberal. No que diz respeito ao financiamento da saúde pública constitucional, que tem como base a universalidade de acesso, nenhum governo adotou com seriedade a implantação do SUS, dado que é inconciliável um sistema de saúde universal, público, gratuito e de qualidade num contexto de política econômica neoliberal.

Na década de 1990, com a vitória de Fernando Collor de Mello nas eleições de 1989, o Brasil foi colocado nos trilhos da política neoliberal, o que foi aprofundado no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). Antunes (2022, p. 51) considera que nesse período o país vivenciou um processo de desertificação neoliberal, com a “crescente hegemonia do capital financeiro, avanço dos ganhos do capital, liberalização econômica com a ampliação

expressiva da privatização de empresas públicas, além de desregulamentação dos direitos do trabalho”.

Em 2002, com a vitória do Partido dos Trabalhadores (PT), as expectativas eram de uma mudança de rotas, todavia, não houve uma ruptura com os elementos centrais da política econômica neoliberal. Os governos do PT (Lula e Dilma) seguiram favorecendo o grande capital; no campo das políticas sociais, fortaleceram políticas focalizadas de transferência de renda, mas favoreceram, sobretudo, o capital financeiro (Singer, 2012 apud Pelaez et al., 2020).

Ao adentrar no poder, o PT foi abandonando a concepção de partido de classe, que promovia uma árdua defesa em torno da autonomia da classe trabalhadora, para se converter num partido que atendia aos interesses de “todos”, distanciando-se da concepção que o originou ao fomentar a luta de classes, com posicionamento a favor da classe trabalhadora, para assumir o papel de conciliação (Antunes, 2022).

O principal deslocamento do governo FHC para os governos do PT foi que este último acrescentou a política macroeconômica neoliberal à política social focalizada, principalmente pela efetivação do Programa Bolsa Família, que atuou sobre os índices de pobreza, sem eliminá-los. “Os pilares estruturantes da miséria brasileira, infelizmente, não foram sequer minimamente enfrentados.” (Antunes, 2022, p. 53).

Considerando a Saúde Pública nos governos Lula e Dilma, houve uma reanimação a partir de um olhar mais progressista, com profissionais comprometidos com o projeto de Reforma Sanitária ocupando cargos importantes no Ministério da Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde aconteceram com regularidade, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica e o Pacto pela Saúde em 2006, com maior ênfase na Estratégia Saúde da Família como porta de entrada para a política de saúde, investimento em saúde bucal e farmácia popular.

Ao mesmo tempo, foram fortalecidas as parcerias com as Organizações Sociais e se mostrou progressiva a desresponsabilização do setor público com os hospitais universitários a partir da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) em 2011, “uma empresa pública de direito privado destinada a gerir os 37 hospitais Universitários públicos federais” (Krüger, 2022, p. 114).

A crise estrutural do capital que se iniciou nos países centrais em 2008/2009 logo se abateu sobre o Brasil. As reivindicações de 2013 diante das situações de corrupção que

vinham sendo veiculadas na mídia começaram a enfraquecer o governo de conciliação de classes.

O apoio da grande mídia (redes de televisão, jornais, rádio etc.) foi decisivo para a ampliação policlassista e multifacetada dos levantes. Paulatinamente, as manifestações ganharam novos componentes ideológicos, com a inclusão de bandeiras políticas da direita, contra o PT e as esquerdas “vermelhas”. Em seu interior, grupos passaram a defender abertamente a volta da ditadura militar, proposição típica das classes médias conservadoras e de amplos setores burgueses que, desde então, começaram a explicitar descontentamento com a intensificação da crise econômica, e, por isso, a dissentar abertamente do governo de Dilma Rousseff. (Antunes, 2022, p. 56).

A presidenta Dilma enfrentou a ampliação da crise econômica a partir de 2014, e em seu segundo mandato (2015 a maio de 2016) privilegiou ainda mais o grande capital, atendendo a reivindicações da classe dominante, ao passo que reduziu direitos trabalhistas, como já visto em relação ao seguro desemprego e a pensões. Perdeu assim significativo apoio da classe trabalhadora e dos movimentos sindicais.

Naquele momento, a impopularidade do governo petista, aliada ao complexo midiático que deu palco para a Operação Lava Jato (envolvendo escândalos de corrupção), sustentou o golpe que deflagrou o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff e forjou o governo ilegítimo do então vice-presidente Michel Temer, que assumiu de forma interina em maio de 2016.

Com o golpe abre-se um novo momento do neoliberalismo no Brasil, considerado por vários autores (Behring; Souza, 2020), (Pelaez et al., 2020), (Antunes, 2022) a entrada de uma pragmática econômica ultraneoliberal. A medida determinante que propiciou esse aprofundamento foi a aprovação do Novo Regime Fiscal (NRF), instituído pela Emenda Constitucional nº 95/2016, que impôs um brutal desmonte para as políticas sociais, concedeu espaço para a viabilidade da ortodoxia neoliberal, sobretudo no financiamento das políticas públicas, e impôs ainda mais obstáculos ao cumprimento dos preceitos constitucionais de financiamento da seguridade social ao congelar por vinte anos (2016-2036) os investimentos em despesas primárias como saúde, educação e assistência social.

O argumento para a aprovação da EC nº 95 foi o de realizar um “necessário” ajuste fiscal para entregar um país “saneado” e que voltasse a crescer. Mais uma vez o ônus da crise recaiu sobre a classe trabalhadora. “Assim, tornou-se constitucional a correção dos gastos primários pela inflação do ano anterior, por vinte anos.” (Behring; Souza, 2020, p. 134).

A estratégia econômica utilizada tem consonância com o processo de financeirização do capital e o consequente desfinanciamento das políticas públicas. Estrategicamente, ao congelar os gastos sociais, transfere-se a responsabilidade do Estado para o mercado; as políticas de seguridade social vão se transformando em mercadorias com as privatizações. Nesse sentido, se tem cada vez mais uma disputa acirrada pelo Fundo Público.

O NRF inviabiliza a vinculação dos recursos para as políticas sociais nos moldes desenhados na CF de 1988, ao congelar as chamadas despesas primárias do governo (exceto as despesas financeiras com o pagamento de juros da dívida) por vinte anos, limitando-se a correção pela inflação (Salvador, 2020a, p. 33-34).

No que se refere à política de saúde no ultraneoliberalismo, o ministro da Saúde nomeado por Temer, Ricardo Barros, mantinha uma clara defesa em torno de ações de privatização, com a proposta de fomentar “Planos de Saúde Populares”. Argumentava sobre a impossibilidade de o país conseguir sustentar e financiar o direito constitucional de acesso universal à saúde (Pelaez et al., 2020).

No governo Temer, houve a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em agosto de 2017, sem a participação do Conselho Nacional de Saúde e sem discussão com a sociedade civil em instâncias participativas como os Conselhos de Saúde. A revisão se deu de forma arbitrária, com mudanças nas formas de financiamento. Apesar de afirmar a Saúde da Família como estratégia prioritária, na prática, rompeu com a sua centralidade ao institucionalizar formas de organização e financiamento que não consideram as equipes multiprofissionais mínimas para desempenhar uma ação alicerçada na saúde da família.

A PNAB (2011) previa que: “O número de ACS (Agente Comunitário de Saúde) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe” (Brasil, 2011).

Já na PNAB (2017): “O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local”. Apenas em áreas consideradas de risco ou em vulnerabilidade social é que se recomenda a cobertura de 100% da população, com o máximo de 750 pessoas por ACS (Brasil, 2017).

A intenção de apontar essas diferenças na PNAB (2011) e PNAB (2017) é evidenciar os desmontes que foram se processando na saúde pública. Desde a década de 1990, os ACSs são profissionais importantes que atuam nos territórios e estabelecem um vínculo privilegiado

com a população usuária, de modo a contribuir para o acesso à saúde e com as ações de promoção e prevenção de agravos.

Quando uma política torna indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os parâmetros de cobertura, reforça-se o risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população. Lembre-se, aqui, que o ACS é um trabalhador que deveria ser o “elo” entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS. Tal formulação compromete, também, um conjunto de processos já instituídos na ESF, que se estruturam por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território (Morosini; Fonseca; Lima, 2018, p. 16).

Ainda no governo Temer houve uma articulação muito maior com o setor empresarial, expressa a partir do documento divulgado em 2017, “Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o sistema de saúde”, elaborado pelo Instituto Coalizão Brasil, que é formado por empresários da cadeia produtiva do setor da saúde, com o objetivo de construir um novo sistema de saúde com maior participação do setor privado (Bravo; Pelaez, 2018, p. 11).

As contrarreformas impostas ferem o histórico Movimento de Reforma Sanitária na luta pela efetivação de um SUS universal, gratuito e de qualidade, ao passo que fortalecem o processo de mercantilização e privatização dos direitos sociais historicamente conquistados.

O recrudescimento das medidas neoliberais articulou-se ao momento de instabilidade política; essa não foi uma realidade apenas no Brasil, mas também num contexto internacional com a ascensão de governos de extrema direita. Para Antunes (2022), abriu-se espaço para uma era de contrarrevoluções em importantes países do globo com lideranças políticas conservadoras que recusavam qualquer forma de conciliação.

A vitória de Donald Trump nos Estados Unidos, o Brexit no Reino Unido, o crescimento da extrema direita com Marine Le Pen na França, o renascimento do nazismo na Alemanha, as vitórias de Viktor Orbán na Hungria, Rodrigo Duterte nas Filipinas, entre tantas outras, indicavam esse novo recrudescimento, essa nova fase na qual a extrema direita parecia ressuscitar. De fato, a verdadeira direita começava a ressurgir das sombras e das trevas. (Antunes, 2022, p. 50).

Considerando esse contexto internacional pode-se observar movimento semelhante com a vitória de Jair Bolsonaro no Brasil nas eleições de 2018, um desfecho trágico do golpe iniciado em 2016, encontrou no cenário internacional o momento ideal para fortalecer seu discurso conservador e autoritário. Após o golpe de 2016 e a instabilidade política que se instalou no país, abriu-se um importante espaço para a consolidação de governos neoconservadores. “A extrema direita viu-se em condições de vociferar a plenos pulmões, exacerbando o ódio aos comunistas, o horror aos pobres e aos negros, a misoginia, o

feminicídio, defendendo o extermínio de LGBTs e comunidades indígenas.” (Antunes, 2022, p. 60).

As bandeiras de defesa da extrema direita – “contra as ideologias de gênero”, “fim da corrupção”, “defensor dos valores da família” – o colocaram como o candidato messiânico que atuaria como salvador da pátria. Vendia um discurso que o situava como um radical crítico do sistema, contudo, a relação com o grande capital simbiótica escancarou uma faceta ainda mais radical e truculenta (Antunes, 2022).

Conforme Barroco (2022), o neoconservadorismo congrega a relação do conservadorismo moderno com os ideais do neoliberalismo. Preserva-se do conservadorismo o preconceito, a hierarquia, a autoridade; e do neoliberalismo, a não intervenção do Estado na economia, a meritocracia, o incentivo ao empreendedorismo, o ataque aos movimentos sociais e aos direitos sociais.

Diversos autores analisam a imbricação inerente entre neoconservadorismo e neoliberalismo. Pereira (2020) analisa que a fusão orgânica entre ambos constitui a coluna vertebral da “Nova Direita”; essa, por sua vez, insiste em ocultar uma face que é facilmente desvendada: a de negação dos princípios democráticos, além de fomentar um discurso de conservação dos valores tradicionais em defesa da família patriarcal, ao passo que amplifica o discurso de ódio contra mulheres, negros e a população LGBTQIA+¹⁰.

O conservadorismo e o neoliberalismo reatualizados em versões mais perversas contribuem para o aprofundamento das desigualdades sociais e para o desmonte dos direitos sociais e impactam na condução das políticas públicas. “Os adeptos da ideologia da nova direita desacreditam da ideia de universalidade. Consequentemente, repudiam uma proteção social que busque o atendimento de necessidades humanas básicas, objetivas e universais.” (Pereira, 2020, p. 130).

O então desgoverno de Bolsonaro, alicerçado na política econômica ultraneoliberal seguida à risca por seu ministro da Economia Paulo Guedes, aprofundou um desmonte avassalador da legislação social protetora do trabalho, como já analisado, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 103/2019. Para Antunes (2022), a aprovação da “reforma” é na verdade a legitimação da destruição da Previdência Pública.

Nesse governo houve uma liberação recorde de agrotóxicos. Os impactos são sentidos tanto na devastação da natureza quanto na adulteração de alimentos, e ambos impactam na

¹⁰ Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queers, Intersex, Agêneros, Assexuados e mais.

Saúde Pública, tudo isso em nome da defesa sem precedentes do agronegócio e a serviço do capital (Antunes, 2022).

No governo Bolsonaro, o primeiro ministro da Saúde, Luís Henrique Mandetta, apresentava um discurso de fortalecimento do projeto privatista. Mesmo com o discurso radicalizado em torno dos interesses privados, assistiu-se durante a pandemia à discordância do então presidente com o seu ministro, que tentou minimamente seguir o protocolo sanitário necessário (isolamento social), além de discordar do chamado tratamento precoce (uso da medicação cloroquina, que não tinha evidências científicas concretas contra a Covid-19, mas era defendida pelo presidente), o que evidencia o quão negacionista e omissos esse governo foi na condução da pandemia.

Dando sequência à sucessão para o Ministério da Saúde, o ex-ministro Nelson Teich ficou apenas um mês no cargo e saiu também por discordâncias com o presidente. O ministro que se fixou por mais tempo foi Eduardo Pazuello, general do Exército, o que tecnicamente era menos preparado para o exercício do cargo, mas que atuou conforme os ditames do presidente. Ele só foi substituído por pressão do Supremo Tribunal Federal, que começou as investigações por sua omissão na condução da pandemia, principalmente pela falta de oxigênio na cidade de Manaus¹¹. O último ministro da Saúde de Bolsonaro foi Marcelo Queiroga, médico cardiologista.

Em síntese, assistiu-se em um momento de total fragilidade no cenário nacional e internacional de crise sanitária, ao então presidente brincando na sucessão de ministros da Saúde, desconsiderando o saber técnico até mesmo de profissionais que eram de confiança dele, mas que, ao ser contrariado, não hesitava em substituí-los.

Até o momento de finalização deste estudo, houve no Brasil 704.794 mortes por Covid-19 (dados obtidos em 4 de agosto de 2023). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2023), o Brasil ocupa o segundo lugar em número de mortes por Covid-19, atrás apenas dos Estados Unidos¹².

¹¹ Assistiu-se à barbárie das mortes mais cruéis, desumanas e que poderiam ter sido evitadas se conduzida por gestores sérios e comprometidos. É o que evidencia o relatório publicado pela Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (2021, p. 35). O Amazonas foi o primeiro estado a ver seu sistema de saúde colapsar na pandemia, em abril de 2020. Em vez de confrontar a gravíssima falta de leitos de UTI em Manaus ampliando-os, a ação adotada pelo Governo Federal para responder à grave crise foi a disseminação da ideia de um “tratamento precoce” da doença, pela utilização de medicamentos sem comprovação científica para tal finalidade (também chamado de “kit covid”); além disso, as pessoas morreram de forma cruel, sem acesso aos recursos básicos como respiradores, o que configurou a total violação de direitos.

¹² Os dados oficiais estão disponíveis no Painel do Coronavírus- <https://covid.saude.gov.br/> e também no Painel do Coronavírus da OMS (Covid-19)- <https://covid19.who.int/>

A 16ª Conferência Nacional da Saúde ocorreu no governo Bolsonaro em 2019, mas na prática as discussões suscitadas pouco impactaram na gestão, que seguiu seu curso sem considerar esse espaço de participação. Vale ressaltar sobre o enfraquecimento das instâncias participativas e de controle social. Conforme Krüger (2022), a aprovação do Decreto nº 9.759/2019¹³ teve como objetivo extinguir colegiados da administração pública; por consequência, eliminou a participação da sociedade nas instâncias de gestão, elaboração e fiscalização das políticas públicas.

Considerando o financiamento do SUS, sabe-se que um entrave para o cumprimento do princípio da universalidade está na efetivação dos recursos financeiros necessários. Ainda no governo Bolsonaro houve a aprovação da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil, que estabeleceu um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde. Para o repasse de recursos é considerada a quantidade de pessoas cadastradas nas Unidades de Saúde da Família e os indicadores de assistência, ou seja, a quantidade de atendimentos/procedimentos realizados. Extingue-se assim o repasse de recurso fixo.

Considerando o fato de o repasse ser feito por “pessoa cadastrada”, Silva e Araújo (2022) consideram que representa uma ameaça ao princípio da universalidade de acesso. Como já pontuado, não houve um alcance de 100% de cobertura das Unidades de Saúde da Família, pois parte das pessoas que não estão cadastradas fica excluída do atendimento na Atenção Básica, gerando uma escassez dos recursos, com serviços de saúde da Atenção Básica cada vez mais focalizados.

Em 2020, a Lei Orçamentaria Anual previa aproximadamente 134 bilhões para o orçamento da Saúde. Conforme Silva e Araújo (2022), a estimativa no ano de 2020 era de que a EC nº 95/2016 já teria retirado 22 bilhões de recursos da Saúde. Exatamente no ano em que eclodiu a crise sanitária em decorrência da Covid-19, observa-se um orçamento ínfimo para fazer frente ao combate à pandemia.

Como já apontado, todos os governos seguiram a política neoliberal, chegando nos governos Temer e Bolsonaro ao aprofundamento com medidas ultraneoliberais, o que constitui o principal obstáculo para a efetivação do direito à Saúde. Assim, “[...] entre 1995 e

¹³ Revogado no atual governo Lula pelo Decreto nº 11.371, de 1º de janeiro de 2023, que revoga o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal.

2018, o gasto do Ministério da Saúde não foi alterado, mantendo-se 1,7% do PIB, enquanto o gasto com juros da dívida representou, em média, 6,6%.” (Mendes; Carnut, 2020, p. 24).

Considerando esse histórico processo de privilégio do capital em detrimento dos direitos sociais, Antunes (2022, p. 44) assevera que o capitalismo na sua variante ultraneoliberal, ao se defrontar com o cenário de pandemia, teve como principal preocupação manter os incentivos ao mercado financeiro, ao passo que todo ônus da crise foi sentido pela classe trabalhadora, a fim de favorecer a recuperação dos níveis de lucro e acumulação.

Fatorelli e Ávila (2023), através da Auditoria Cidadã da Dívida, vêm apresentando estudos acerca do direcionamento do Orçamento Público e do quanto de recursos é destinado ao pagamento de juros e amortizações da dívida, em detrimento dos investimentos sociais. A financeirização do capital é colocada como prioridade.

O gráfico que segue evidencia o orçamento federal executado em 2022:

Gráfico 5 – Orçamento Federal Executado (pago) em 2022 = R\$ 4,060 trilhões



Fonte: Auditoria Cidadã da Dívida (2023).

Diante desse ordenamento do Orçamento Federal, observa-se que uma parte significativa é destinada ao pagamento de juros e amortização da dívida, ou seja, ao financiamento do capital financeiro. Salvador (2020) observa que mesmo num contexto de

agravamento da crise econômica associada à crise sanitária a partir de 2020, não houve um deslocamento da prioridade para o financiamento das políticas sociais. Evidenciou-se um Fundo Público que prioriza o grande capital e que se mostrou insuficiente para enfrentar os desafios postos pelo cenário de pandemia da Covid-19, que serão analisados no terceiro capítulo deste estudo.

Esse cenário é expressão do ultraneoliberalismo associado ao governo neoconservador. Suas consequências são sentidas pelas populações em maior condição de vulnerabilidade, uma vez que são as primeiras a ter o acesso aos direitos sociais negados. Os desmontes e retrocessos operados pela imbricação trágica desses dois elementos operam para o aprofundamento de uma “determinação social do adoecimento”.

É com inenarrável pesar que, nesse breve lapso de tempo, constatamos o feroz avanço do neoliberalismo não só no Brasil como também em outros países latino-americanos, através de governos que, eleitos democraticamente ou por meio de golpes, não hesitam em destituir direitos duramente conquistados e açoitam a saúde de seus povos, ao dismantelar os sistemas de saúde e promover reformas que não são outra coisa que a “determinação social da doença”. (Borghi; Oliveira; Sevalho, 2018, p. 893).

Não existem dúvidas acerca dos impactos desse cenário de aprofundamento do desemprego estrutural, de desfinanciamento das políticas públicas e da restrita oferta de serviços públicos, além da crescente criminalização da pobreza e das desigualdades sociais, para o agravamento do fenômeno população em situação de rua e para a restrição do acesso à política de saúde.

O próximo capítulo discute o cenário de crise econômica e crise sanitária em decorrência da Covid-19 e as consequências para a população em situação de rua e para a Estratégia Consultório na Rua.

CAPÍTULO 3 ESTRATÉGIA CONSULTÓRIO NA RUA EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

Nós esperamos do verbo esperar. Mesmo em meio aos processos de retrocessos, de negacionismo e das ameaças contra a ciência, nossa esperança é continuar a LUTAR

*José Vanilson Torres da Silva (2021, p. 9).
Coordenação Nacional do MNPR*

3.1 Crise Econômica e Sanitária: agravamento do fenômeno População em Situação de Rua

O ano de 2020 foi atravessado por inseguranças e incertezas, marcado pelo momento em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que a exposição ao coronavírus era uma Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Logo após, o Ministério da Saúde do Brasil publicou, em 3 de fevereiro de 2020, a Portaria nº 188, que declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da Infecção Humana pelo novo coronavírus (Neves; Luzia, Liporoni, 2022).

Diante do contexto, o Ministério da Saúde decretou a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que regulamentou as medidas para o enfrentamento da emergência em Saúde pública. O art. 3º da referida lei aponta como principais medidas: o isolamento e distanciamento social, a quarentena, a realização de testes laboratoriais para detecção do vírus e o uso obrigatório de máscaras de proteção individual.

Em 11 de março de 2020, a Covid-19 foi reconhecida pela OMS como uma pandemia, tendo em vista a rápida disseminação da doença por diferentes países e regiões do mundo (OPAS, 2020).

É importante ressaltar que mesmo com as legislações e portarias, o posicionamento do governo federal, na figura do presidente Jair Bolsonaro, ante a pandemia no Brasil foi de relativizar o potencial letal do vírus e negar os dados científicos que embasavam as medidas de segurança. Tal condução se expressa em milhares de mortes pela doença no país¹⁴ (Neves; Luzia; Liporoni, 2022).

¹⁴ Dados atualizados em 4 de agosto de 2023 às 7h22min mostram que o Brasil registrou 704.794 óbitos provocados pelo coronavírus. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.

A pandemia exigiu uma reorganização da vida cotidiana e impactou a vida das populações mais vulneráveis. A exposição ao vírus escancarou ainda mais as desigualdades sociais já existentes. De acordo com Antunes (2020), antes da pandemia o mundo, e especificamente o Brasil, já estava imerso numa profunda crise estrutural do capital, sustentada por intensas formas de exploração do trabalho, a partir da uberização¹⁵, da informalidade e de altas taxas de desemprego.

O processo de produção e reprodução do capital contribuiu, a partir da crescente destruição ambiental e da mercadorização da vida, para a chegada de “um quadro pandêmico que amplificou ainda mais o sentido letal do sistema de capital” (Antunes, 2020, p. 12).

Esse autor considera que com a pandemia houve uma imbricação trágica entre metabolismo antissocial do capital, crise estrutural e eclosão do coronavírus, o que denomina de “capital pandêmico”. É evidente que esse cenário que se instalou no mundo a partir de 2020 aprofundou as expressões da questão social.

Como destacam Yazbek *et al.* (2021), a crise agravada pela pandemia não impactou a vida das pessoas da mesma forma; foram os segmentos mais pauperizados que vivenciaram as penúrias de um sistema de desproteção social.

Antunes (2020) evidencia que o capitalismo pandêmico inicialmente chegou com um discurso neoliberal policlassista, de que todas as classes seriam por ele atingidas, contudo os impactos foram diferenciados para o conjunto da classe trabalhadora. Sabe-se que o acesso que a população tem ao mercado de trabalho, às políticas sociais públicas, aos direitos sociais e aos serviços essenciais, em grande medida determina os níveis de saúde, contribuindo para os agravos na saúde física e mental quando lhe são negados os direitos fundamentais.

Nem bem a pandemia começou, a classe trabalhadora, especialmente em suas parcelas mais penalizadas, logo se tornou a “candidata número 1” à contaminação e à morte. A letalidade que sofreu, nos períodos mais duros da pandemia, revelou a preconceituosa preferência de *classe, gênero, raça e etnia* presente na expansão do vírus. Despossuída de quase tudo, a classe trabalhadora que labora na informalidade, em sua esmagadora maioria, não poderia fazer isolamento. Perderia sua única fonte de sobrevivência. Como seria possível exercer trabalhos intermitentes, se muitas atividades econômicas fecharam suas portas ou estavam em *lockdown*? (Antunes, 2022, p. 10).

¹⁵ Termo utilizado para designar as condições de trabalho propiciadas por aplicativos e plataformas digitais, “mundo do trabalho digital”, tem como principal característica a informalidade e a desregulamentação das relações de trabalho (Antunes, 2020).

Ao contrário do que muitos julgam, a População em Situação de Rua é composta em sua maioria por trabalhadoras (es). O que se observa em pesquisas acerca desse segmento é que estão inseridas (os) no mercado informal de trabalho, “em atividades ligadas, principalmente, à coleta de materiais recicláveis, além de trabalhos com arte e chapa, como flanelinhas, vendedores ambulantes, na construção civil, como trabalhadoras (es) do sexo, entre outros” (Santos; Sarreta, 2022, p. 378).

Quanto ao mundo do trabalho na pandemia, observa-se que a PSR experienciou os impactos e desdobramentos da crise do capital sob as relações de trabalho, uma vez que as principais atividades desenvolvidas por esse segmento sofreram com as refrações da dinâmica que o cenário pandêmico impôs, dada a necessidade de isolamento social e a diminuição da circulação de pessoas nas ruas, de trânsito de carros, fechamento de comércios, aprofundando ainda mais as dificuldades que já eram evidentes em torno dos ganhos advindos da inserção precária da população nas atividades informais.

O contexto de crise estrutural do capital e crise sanitária impactou também a condução das políticas sociais públicas, uma vez que, como já se evidenciou nas reflexões sobre a direção política neoconservadora e ultraneoliberal, a prioridade não se assenta no financiamento das políticas sociais. Ficam evidentes as prioridades que incidem sobre o investimento no mercado financeiro e na acumulação de capital, e assim, assistiu-se a esse movimento mesmo no cenário pandêmico, que exigiu a ampliação do financiamento do sistema de saúde público e por maiores ofertas de proteção social (Neves; Luzia; Liporoni, 2022).

O estado de calamidade, anunciado em março de 2020, evidenciou expressões da questão social e os direitos sociais, que há tempos vinham sendo violados e negligenciados (como o direito à moradia, à alimentação, ao saneamento básico, ao trabalho etc.) e expôs a histórica falta de acesso às condições básicas de existência. Sem dúvida, o momento presente contribui para agravos à saúde física e mental daqueles que vivenciam a situação de rua (Neves; Luzia; Liporoni, 2022).

Como já analisado, a EC 95 compõe o escopo da política ultraneoliberal e contribui com a transferência da responsabilidade estatal para o setor privado; na política de saúde, fortalece os mecanismos de privatização e conseqüentemente conduz ao desfinanciamento do SUS. Antes mesmo da pandemia, o Brasil já vivenciava um processo precário de financiamento do sistema de saúde brasileiro, principalmente após a vigência da EC 95: “o SUS já se encontrava em um amplo processo de 32 anos de subfinanciamento proporcionado

pela ordem neoliberal, acrescidos aos últimos três anos do seu franco desfinanciamento, com uma perda acumulada de R\$ 22,5 bilhões” (Funcia, 2020 apud Carnut; Mendes; Guerra, 2021, p. 138).

Quando a pandemia eclodiu no Brasil, escancarou ainda mais os retrocessos perpetrados pela política de ajuste fiscal ultraneoliberal. Mesmo com a aprovação da Emenda Constitucional nº 106, de 7 de maio de 2020, que instituiu um regime extraordinário fiscal e financeiro para o enfrentamento de calamidade pública decorrente da pandemia da Covid-19, conhecido como “orçamento de guerra”, Behring e Souza (2020) avaliam que foram destinados apenas R\$ 13,8 bilhões para a Saúde, ao passo que ao sistema financeiro foi repassado R\$ 1,2 trilhão para operações de crédito pelos bancos. As autoras ressaltam que “[...] não estamos falando de guerra contra o vírus, mas de salvamento das empresas no contexto da crise” (2020, p. 146).

Para Carnut, Mendes e Guerra (2021), é evidente o descaso do governo Jair Bolsonaro com a saúde pública, tendo em vista que de forma paralela à insuficiência de recursos destinados para enfrentar a pandemia, “foram liberados R\$ 10 bilhões para as empresas de Planos e Seguros Privados de Saúde, provenientes de um fundo garantidor, vinculado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) [...]” (p. 139).

Além dos ínfimos recursos direcionados à política de saúde em tempos de crise sanitária, tem-se a tendência cada vez mais consolidada de investir dinheiro público no setor privado. Somados a esses infortúnios acham-se os desvios dos recursos públicos para atender aos interesses individuais, como descrevem Behring e Souza (2020, p. 147):

[...] o pior das tradições políticas brasileiras tem aparecido nesse momento dramático: superfaturamento de respiradores, de Equipamentos de Proteção Individual, de montagem de hospitais de campanha, na lógica de tirar vantagem de tudo. E vem à tona também um individualismo exacerbado por anos de neoliberalismo, do não cultivo de qualquer consciência do que é comum e público.

Com a pandemia, obviamente a política de saúde foi considerada essencial no enfrentamento à Covid-19. O Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, em seu art. 3º determinou a assistência à saúde, incluídos os serviços médicos e hospitalares como serviços e atividades essenciais.

Para Neves; Luzia; Liporoni (2022) não se pode deixar de mencionar o quanto as(os) trabalhadoras(es) dos serviços de saúde, considerados como trabalhadoras(es) da linha de frente, foram fundamentais no processo de enfrentamento à pandemia. Esses profissionais

vivenciaram momentos de incertezas, inseguranças, exaustão, perdas irreparáveis dos colegas de trabalho e familiares. No momento mais crítico da pandemia, precisaram se isolar do convívio familiar e ficaram impedidos de gozar férias

A Medida Provisória nº 927/2020 trouxe em seu art. 7º a permissão para que, durante o estado de calamidade pública, o empregador suspendesse as férias ou licenças não remuneradas dos profissionais da área da saúde ou daqueles que desempenhavam funções essenciais.

Pesquisa realizada pela Fiocruz (2021), intitulada “Condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da Covid-19”, revela dados que demonstram o esgotamento profissional. Dos entrevistados, 43,2% informaram que não se sentiam protegidos; desses, 23% relacionam-se à falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e 64% relataram que precisaram improvisar no uso desses equipamentos.

Os dados demonstram que a falta de EPIs e de condições dignas de trabalho para esses profissionais decorre de dois aspectos já mencionados: o desfinanciamento da política de saúde e os desvios e superfaturamentos que ocorreram nesse momento trágico de crise sanitária.

Prates, Nunes e Bulla (2022) observam que a Covid-19 se defrontou com um sistema já sucateado e precarizado, incapaz de fazer frente à crise sanitária que se instalou, em especial, ao se deparar com uma postura negacionista do governo brasileiro, que retardou e atrapalhou em muito o enfrentamento da pandemia.

O descaso do governo pode ser observado na morosidade da negociação das vacinas, única medida cientificamente comprovada para controlar a pandemia. A primeira fase da vacinação iniciou-se em 17 de janeiro de 2021 (Neves; Luzia; Liporoni, 2022).

A Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH) publicou em 2021 um Documento intitulado “Denúncia de violações dos direitos à vida e à saúde no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil”. No tocante à vacinação, o documento revela que o governo brasileiro retardou as negociações para a compra de vacinas e se recusou a fechar um acordo proposto pela Pfizer que garantiria 70 milhões de vacinas em dezembro de 2020 (SMDH, 2021, p. 49).

O Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (2020) elencou os segmentos prioritários, entre eles idosos, com prioridade aos maiores de oitenta anos, trabalhadoras(es) de saúde, pessoas com deficiência permanente severa, população indígena aldeada em terras demarcadas, **pessoas em situação de rua**, comunidades

ribeirinhas e quilombolas, forças de segurança e salvamento, população privada de liberdade (Brasil, 2020, grifos nossos).

A população em situação de rua foi inserida como público prioritário, dada a condição social, visto que esse segmento vivencia de modo particular as agruras e dificuldades do contexto pandêmico. Enquanto expressão radical da questão social, a rua apresenta inúmeros riscos, potencializados pela exposição ao vírus, uma vez que as medidas sanitárias prioritárias – isolamento, distanciamento social e higienização – são distantes da realidade daqueles que não têm acesso a direitos básicos como a moradia (Neves; Luzia; Liporoni, 2022).

Como demonstram estudos e estimativas, a pandemia, além de agravar as condições de saúde, fez com que um maior número de pessoas passasse a utilizar os logradouros públicos como espaço de vivência. Conforme já abordado, a Nota Técnica nº 103, publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) em fevereiro de 2023, apresentou uma estimativa do número de pessoas em situação de rua (2012-2022). Em 2022, estimou-se 281.472 pessoas vivendo em situação de rua no Brasil.

Outro dado expressivo do aumento desse segmento durante a pandemia pode ser observado no Censo da população em situação de rua realizado na cidade de São Paulo: em 2019, o número correspondia a 24.344 pessoas em situação de rua; já no Censo de 2021, esse número subiu para 31.884 (São Paulo, 2021).

Esse aumento resultou do agravamento da crise econômica vinculada à crise sanitária, uma vez que a inserção desse segmento no mundo do trabalho está relacionada à situação de desemprego ou a atividades informais (Neves; Luzia; Liporoni, 2022). Como será abordado na próxima seção, as ações e medidas de proteção social durante esse período atingiram de forma superficial a população.

As populações em maior condição de vulnerabilidade vivenciaram a crise sanitária e seus impactos de forma mais intensa. Desse modo, as ações de enfrentamento à pandemia passaram a exigir uma atenção específica na atuação com os grupos vulnerabilizados. A esse respeito é imprescindível considerar o princípio da equidade na condução das políticas e dos serviços com a capacidade de atuar em face das diferentes necessidades sociais e da saúde das pessoas em situação de rua.

Diante dessa realidade, faz-se necessário constatar se foram implantadas medidas/ações e políticas públicas e quais os protocolos sanitários adotados para prevenção e controle da pandemia da Covid-19, considerando as particularidades da população em situação de rua.

3.2 Ações desenvolvidas para a População em situação de rua na Pandemia

No contexto de agravamento da crise econômica e social, é imperativa a luta pela efetivação dos direitos dessa população. Cabe salientar que a regulamentação de uma política específica para esse segmento se deu a partir de muitas lutas sociais e devido às pressões exercidas pelo Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) (Neves; Luzia; Liporoni, 2022).

Durante a pandemia, houve uma reconfiguração do funcionamento dos serviços, o que incluiu os serviços voltados à PSR, uma vez que foi necessária a suspensão das atividades, principalmente dos atendimentos coletivos ofertados pelo Centro POP e pelos CAPS. Essa interrupção dos atendimentos, mesmo que necessária para a contingência do vírus, trouxe prejuízos para a convivência e a proteção dos usuários (Neves; Luzia; Liporoni, 2022).

A Covid-19 evidenciou também uma lacuna preexistente: o déficit de vagas em serviços de acolhimento. Houve uma maior limitação dessas vagas, a fim de evitar espaços superlotados propícios à disseminação do vírus. Com a pandemia observaram-se questões que sempre estiveram na pauta de discussão, como violação dos direitos da PSR: a necessidade de ampliação de serviços de acolhimento, de políticas habitacionais e da concessão de auxílio moradia (Neves; Luzia; Liporoni, 2022).

Um dos grandes desafios na atuação junto à PSR foi justamente a falta de vagas em serviços de acolhimento, ou a ausência de serviços que pudessem acolher e realizar o isolamento de pessoas infectadas, além das dificuldades em relação à realização de testes e a falta de local apropriado para isolamento de casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo vírus.

Ainda de forma limitada, a Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020, publicada pelo Ministério da Cidadania, aprovou as recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua, inclusive imigrantes, no contexto da pandemia de Covid-19. Indicou a necessidade de os municípios elaborarem Planos de Contingência e organizarem, no âmbito do SUAS, as provisões e acessos às condições básicas, como alimentação, água potável, produtos de higiene, máscara facial, bem como oferecer espaços e materiais para a higiene pessoal, com banheiros e chuveiros. Cada município teve uma condução própria diante dessas recomendações.

Encontra-se consonância com as reflexões de Santos e Sarreta (2022) ao abordarem a falta de consistência das medidas de enfrentamento à pandemia e a forma de condução nas

diferentes esferas de governo. Ficou a cargo dos municípios a condução e a formulação dos protocolos, o que contribuiu para a ocorrência de ações desconexas e até mesmo pela ausência dessas medidas, muitas vezes sem ações concretas, principalmente por uma falta de condução mais adequada do governo federal, que discursava a todo tempo o negacionismo.

O enfrentamento à pandemia exigiu dos governantes das esferas municipal, estadual e federal a tomada de uma série de medidas sanitárias para conter a disseminação do vírus; porém, o que o País presenciou em relação à condução da pandemia foi um verdadeiro circo político: uma série de ações descoordenadas, difusas e desencontradas, discursos em disputa, desinformação, ou seja, um caos generalizado. (Santos; Sarreta, 2022, p. 376).

O Auxílio Emergencial implantado em decorrência do estado de calamidade pública da pandemia foi regulamentado pela Lei 13.982, de 2 de abril de 2020, que previa o pagamento de R\$ 600,00 para desempregados e trabalhadores informais de baixa renda. Contudo, muitas pessoas em situação de rua encontraram barreiras para ter acesso ao benefício, pela falta de atualização do Cadastro Único, ausência de documentação; ou ainda, pela falta de acesso a recursos tecnológicos e digitais para cadastro/acesso e acompanhamento.

No âmbito da saúde, a atuação das Equipes de Consultórios na Rua (eCRs) foi essencial no contexto da pandemia no que diz respeito à orientação dessa população sobre os impactos da doença e sobre formas de prevenção e proteção a partir da ótica da redução de danos. Contudo, as equipes sofreram com as dificuldades de articulação com os demais serviços dos equipamentos de saúde, pois para garantir a atenção necessária devem atuar em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde e as equipes de Saúde da Família, além da articulação com equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Neves; Luzia; Liporoni, 2022).

Durante a pandemia, com a suspensão dos atendimentos e das atividades coletivas desenvolvidas nos serviços de saúde e nos serviços socioassistenciais (Centro Pop, serviços de acolhimento), na Atenção Básica e nos serviços de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os CAPS ad, que atendem pessoas em situação de rua com transtornos mentais. A reorganização desses serviços colocou desafios ao CnR (Neves; Luzia; Liporoni, 2022).

A Nota Técnica nº 2, de 25 de março de 2020, emitida pela Coordenadoria de Controle de Doenças do Estado de São Paulo, apresentou as formas de funcionamento dos Serviços de Saúde Mental que compõem a Rede de Atenção Psicossocial quanto aos cuidados em relação

ao coronavírus – Covid-19. Entre as recomendações estava a suspensão de toda e qualquer atividade coletiva, substituídas por atividades individuais quando necessário e considerando a gravidade e a necessidade de cada usuário dos CAPS (São Paulo, 2020).

Sabe-se que as atividades coletivas muitas vezes constituem espaços de apoio e convivência desses usuários. A suspensão dessas atividades na fase mais crítica da pandemia (2020-2021) trouxe impactos à saúde mental e aos cuidados gerais de saúde. Uma estratégia utilizada nos serviços de saúde mental para o acompanhamento dos usuários foi o teleatendimento das equipes multiprofissionais, tendo em vista evitar a infecção pelo coronavírus e manter o distanciamento social (Neves; Luzia; Liporoni, 2022).

No entanto, quando se pensa em certos segmentos populacionais, como as pessoas em situação de rua, há barreiras no que diz respeito ao acesso às tecnologias de informação e comunicação, que obstaram o acesso desse público aos serviços de saúde, haja vista que estavam sendo priorizados os atendimentos considerados de urgência. Os procedimentos eletivos e as consultas de rotina foram temporariamente suspensos (Neves; Luzia; Liporoni, 2022).

Os próprios profissionais dos serviços de saúde, sobretudo no SUS, como já observado em relação ao desfinanciamento, não conseguiram ter acesso aos recursos materiais adequados para a ampla oferta de teleatendimentos, o que dificultou o processo de trabalho (Neves; Luzia; Liporoni, 2022).

Essas ações de contingência foram necessárias na fase mais aguda e de maior contágio da pandemia, mas não se podem desconsiderar as implicações que a ausência desses atendimentos trouxe à população usuária, uma vez que as atividades coletivas garantem espaços importantes de convivência. A suspensão dessas ações e o próprio distanciamento social contribuem para os agravos em saúde mental (Neves; Luzia; Liporoni, 2022).

Como descreve o documento publicado pela Fiocruz, “A quarentena na Covid-19: orientações e estratégias de cuidado” (2020), o distanciamento social impacta na saúde mental e na atenção psicossocial; a imprevisibilidade ante o futuro e os rumos da pandemia provocam sentimentos de insegurança. As consequências agravam-se quando somadas a situações de vulnerabilidade social e à fragilidade das redes socioafetivas. As expressões da questão social que se evidenciam nesse cenário: desemprego, informalidade, ausência de moradia e saneamento básico, contribuem para o adoecimento psíquico.

Silva, Natalino e Pinheiro (2021) realizaram uma pesquisa intitulada “Medidas emergenciais para a população em situação de rua: enfrentamento e seus efeitos”, em 13

cidades das regiões Nordeste e Sudeste, e identificaram a ausência de medidas específicas de saúde direcionadas a essa população, sobretudo no que diz respeito à saúde mental, relacionadas ao atendimento de álcool e drogas e transtornos mentais. A ausência desses serviços de saúde na pandemia, aliada à fragilidade dos serviços ofertados pela Política de Assistência Social, reforçou a desproteção social dessa população.

Retomando o debate quanto à vacinação da população, a Nota Técnica nº 768/2021 evidenciou a população em situação de rua como um grupo prioritário no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. Ressaltou que esse segmento constitui um grupo prioritário devido à vulnerabilidade social decorrente da própria condição social, uma vez que possuem maior risco de se infectar com a doença, o que requer uma atenção prioritária (Brasil, 2021).

As recomendações do Ministério da Saúde definiram a prioridade para a imunização com a vacina *Janssen*¹⁶, fabricada pela farmacêutica *Johnson & Johnson*. O imunizante inicialmente estava previsto para a aplicação em dose única¹⁷. A estratégia foi pensada tendo em vista as particularidades desse segmento, bem como as dificuldades próprias da vivência nas ruas, que podem impedir o retorno para tomar outras doses do imunizante (Neves; Luzia; Liporoni, 2022).

Apesar do reconhecimento da população em situação de rua como grupo prioritário, a estimativa da população descrita pelo Ministério da Saúde no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, publicado em 15 de março de 2021, apresentou um número muito aquém do número de pessoas que de fato estão em situação de rua (66.963).

O quadro 2 a seguir mostra a estimativa dos grupos prioritários previstos em 15 de março de 2021 pelo Ministério da Saúde:

¹⁶ O imunizante Janssen obteve o seu registro emergencial pela Anvisa em 1º de abril de 2021, ocorrendo a primeira disponibilização à população em junho de 2021 (BRASIL, 2021).

¹⁷ A NOTA TÉCNICA Nº 61/2021 do Ministério da Saúde recomenda a dose de reforço (segunda dose) às pessoas que tomaram o imunizante Janssen, a ser feito de forma homóloga, ou seja, uma segunda aplicação com o mesmo imunizante Janssen no intervalo mínimo de dois meses, podendo este intervalo ser de até seis meses. A estratégia pontual dependerá do cenário epidemiológico local e adjacências e de condições específicas da população que receberá o imunizante da Janssen previamente (BRASIL, 2021).

Quadro 2 – Estimativa populacional para a Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 (2021) e ordenamento dos grupos prioritários

Grupo	Grupo prioritário	População estimada*
1	Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas	156.878
2	Pessoas com Deficiência Institucionalizadas	6.472
3	Povos indígenas Vivendo em Terras Indígenas	413.739
4	Trabalhadores de Saúde	6.649.307
5	Pessoas de 90 anos ou mais	893.873
6	Pessoas de 85 a 89 anos	1.299.948
7	Pessoas de 80 a 84 anos	2.247.225
8	Pessoas de 75 a 79 anos	3.614.384
9	Povos e Comunidades tradicionais Ribeirinhas	286.833
10	Povos e Comunidades tradicionais Quilombolas	1.133.106
11	Pessoas de 70 a 74 anos	5.408.657
12	Pessoas de 65 a 69 anos	7.349.241
13	Pessoas de 60 a 64 anos	9.383.724
14	Comorbidades**	17.796.450
15	Pessoas com Deficiência Permanente	7.749.058
16	Pessoas em Situação de Rua	66.963
17	População Privada de Liberdade	753.966
18	Funcionários do Sistema de Privação de Liberdade ^A	108.949
19	Trabalhadores da Educação do Ensino Básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA)	2.707.200
20	Trabalhadores da Educação do Ensino Superior	719.818
21	Forças de Segurança e Salvamento	584.256
22	Forças Armadas	364.036
23	Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário de Passageiros	678.264
24	Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário	73.504
25	Trabalhadores de Transporte Aéreo	116.529
26	Trabalhadores de Transporte de Aquaviário	41.515
27	Caminhoneiros	1.241.061
28	Trabalhadores Portuários	111.397
29	Trabalhadores Industriais	5.323.291
Total		77.279.644

Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS. *Dados sujeitos a alterações. **Ver quadro 2 para detalhamento das comorbidades. ^A Exceto trabalhadores de saúde.

Fonte: Plano Nacional de Operacionalização contra a Covid-19, 5. ed. Ministério da Saúde, 2021.

A Defensoria Pública da União de Cuiabá encaminhou o OFÍCIO Nº 4.345.203/2021 – DPU MT/DRDH MT para a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, questionando o número estimado no Plano e sugerindo um levantamento mais rígido desse segmento para que a oferta de doses estivesse compatível com a população a ser vacinada, uma vez que já havia sido publicado pelo Ipea a Nota Técnica nº 73 – “Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (de setembro de 2012 a março de 2020)”, a partir de dados obtidos pelo Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e do Censo SUAS, que mostravam que em setembro de 2012, a população estimada

no Brasil era de 92.515 pessoas; já em março de 2020, esse número era de 221.869 (Natalino, 2020).

Assim, o dado de 66.963 pessoas em situação de rua não reflete a realidade do Brasil. Portanto, para que o Plano Nacional de Vacinação contra a Covid-19 possa refletir a realidade e alcançar o maior número de pessoas em situação de rua, é fundamental que seja retificado para incluir a estimativa de 221.869 pessoas em situação de rua. (Ofício nº 4345203/2021 – DPU MT/DRDH MT).

A resposta do Ministério da Saúde foi que o levantamento realizado teve como parâmetro os dados do Cadastro do Sistema Único de Assistência Social (CadSuas) e que a Nota publicada pelo Ipea tinha como base outras variáveis, além das limitações por não apresentar o número de pessoas em situação de rua por Unidade Federativa (UF), o que dificultaria a logística para a distribuição das vacinas.

A Defensoria solicitou que o levantamento fosse realizado pelo Programa Polos de Cidadania, projeto de ensino, extensão e pesquisa social aplicada, criado em 1995 na Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do “Projeto Incontáveis”, projeto de Extensão criado pelo Polos em março de 2020, que “tem por objetivo analisar e divulgar sistematicamente dados sobre o fenômeno população em situação de rua no Brasil, considerando todas as regiões do país, seus Estados e municípios”. Com a proposta de atender à solicitação da Defensoria Pública foi publicado o “Relatório Técnico-Científico: dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil” (Dias, 2021).

O Relatório elaborado pelo “Projeto Incontáveis” utilizou como base de dados o Cadastro Único para Programas Sociais, que contabilizou 160.097 pessoas em situação de rua cadastradas. Destas, 155.085 em faixas etárias vacináveis. “Considerando-se o total de registros na base de dados do Cadastro Único, o número indicado e inicialmente previsto no Plano de Vacinação do Ministério da Saúde alcançaria somente 43% das pessoas em situação de rua com faixas etárias vacináveis no país” (Dias, 2021).

Após a publicação desse Relatório, o Ministério da Saúde publicou em 28 de abril de 2021 a 6ª edição do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, no qual passou a ser considerada a estimativa de 140.559 pessoas em situação de rua, na faixa etária de 18 a 59 anos. Acima dos 60 anos, a população se inseriu no grupo prioritário de idosos.

É importante ressaltar, conforme abordado no Capítulo 1 deste estudo, que a base de dados do Cadastro Único também apresenta lacunas, podendo não expressar o total de pessoas em situação de rua. Não são todas as pessoas que possuem cadastros. Essas lacunas que

podem ser observadas nos dados oficiais contribuem para que essa população, além de incontável, permaneça na invisibilidade.

A ausência desses dados evidencia o quanto é imprescindível e urgente a realização de um Censo e Pesquisa nacional que inclua essa população. A invisibilidade do fenômeno impõe barreiras para o planejamento e a efetivação de serviços e políticas públicas direcionadas ao segmento. Observa-se que, na prática, dado que o número de doses prioritárias para a PSR estava muito aquém do número de pessoas que vivem nas ruas, o que ocorreu na grande maioria foi que essa população se inseriu no calendário normal de vacinação conforme a faixa etária.

No contexto atual de desdobramentos da pandemia após mais de três anos, no dia 5 de maio de 2023 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou em Genebra, na Suíça, o fim da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à Covid-19, o que não significa o fim da pandemia. A doença continua sendo uma ameaça à saúde pública; o manejo e o controle precisam continuar. Os países devem seguir os protocolos de vacinação (OPAS, 2023), uma vez que o controle da doença se deu com o avançar da imunização.

O presidente da OMS, Tedros Adhanom, declarou, com base nas recomendações do corpo técnico: “O que essa notícia significa é que está na hora de os países fazerem a transição do modo de emergência para o de manejo da Covid-19 juntamente com outras doenças infecciosas” (OPAS, 2023).

Realizadas as reflexões em torno das medidas emergenciais na pandemia destinadas à PSR, a próxima seção apresenta dados coletados na Pesquisa de Opinião sobre a percepção das(os) trabalhadoras(es) dos Consultórios na Rua sobre esse período de pandemia.

3.3 Estratégia Consultório na Rua: análise da Pesquisa de Opinião

A presente seção objetiva apresentar os dados obtidos na Pesquisa de Opinião realizada a partir da utilização da ferramenta *Google Forms*, com a elaboração do Formulário “Trabalhadoras(es) das Ruas”, que compõe dois Projetos de Pesquisas do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Unesp Franca/SP, intituladas “O Serviço Social e a Saúde da População em Situação de Rua: análise da primeira década da Estratégia Consultório na Rua” (doutoranda Elaine Teixeira Alves dos Santos, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Fernanda Sarreta), e o presente estudo, “População em Situação de Rua e o direito à saúde: análise sobre a Estratégia Consultório na Rua no cenário

pandêmico” (mestranda Laís Caroline Neves, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni).

A elaboração da Pesquisa de Opinião teve como objetivo coletar dados acerca da Estratégia Consultório na Rua a partir da perspectiva das(os) participantes do Evento “1º Fórum Nacional de Trabalhadoras e Trabalhadores do Consultório na Rua. 2º Celebração Lutas e Resistências: 10 anos da Estratégia Consultório na Rua”, realizado nos dias 30 e 31 de agosto de 2022 (*online*), com transmissão pelo canal do YouTube da Unesp Franca (FCHS). O evento contou com 362 inscrições, com participantes de diferentes regiões do país.

Conforme a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as pesquisas de opinião pública com participantes não identificados não demandam registro nem avaliação do sistema CEP/Conep (Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa). Portanto, na presente pesquisa de opinião, os participantes não foram identificados. O formulário “Trabalhadoras(es) das Ruas” foi divulgado e disponibilizado nos dois dias de evento, e posteriormente nos *e-mails* dos participantes inscritos, totalizando ao final 69 participantes.

No que diz respeito aos dados que serão tratados no referido estudo, a Pesquisa de Opinião será dividida em três momentos de análise. O primeiro expõe o perfil geral dos participantes da pesquisa: localidade, escolaridade, categoria participante (se profissional, a qual categoria profissional pertence e em qual política pública atua). Para fechar esse primeiro momento, apresenta qual a percepção desses participantes em relação à atenção à saúde da população em situação de rua nas respectivas localidades.

O segundo momento é direcionado à análise dos dados específicos a partir do formulário para trabalhadoras(es) dos Consultórios na Rua e contou com 23 participantes, buscando evidenciar a organização dos Consultórios na Rua em diferentes localidades (a qual serviço ou política está vinculado), quais as ações de articulação intra e intersetoriais são realizadas pelas equipes, como são realizadas as ações de redução de danos, e a percepção das(os) trabalhadoras(es) em relação aos desafios no cotidiano de trabalho.

Já o terceiro momento trata especificamente do contexto de pandemia da Covid-19, com o objetivo de trazer dados em relação às ações emergenciais adotadas nesse cenário, processo de vacinação, distribuição de insumos e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), e quais os impactos da pandemia para a população em situação de rua.

3.3.1 Perfil geral dos participantes da Pesquisa de Opinião

Como já evidenciado, a pesquisa contou com 69 participantes, distribuídos pelas cinco regiões geográficas do Brasil. As tabelas a seguir mostram as regiões e estados das participações. Do total, 76,8% são da região Sudeste, 11,59% da Norte, 7,22% do Nordeste, 2,88% do Sul e 1,44% do Centro-Oeste.

Tabela 2 – Participantes da Pesquisa de Opinião – Região Sudeste

Estado	Número de participantes	Percentual (%)
São Paulo	27	39,13
Minas Gerais	23	33,33
Rio de Janeiro	2	2,9
Espírito Santo	1	1,44
Total	53	76,8

Fonte: Elaborada com base nos dados da Pesquisa de Opinião (2023).

A região Sudeste conta com o maior número de participações, o que pode ser explicado pelo fato de o evento ocorrer numa Universidade situada no estado de São Paulo, embora tenha sido divulgado a nível nacional. O alcance maior de participação se deu na região onde se situa o município em que o evento foi organizado.

Tabela 3 – Participantes da Pesquisa de Opinião – Região Norte

Estado	Número de participantes	Percentual (%)
Tocantins	7	10,14
Pará	1	1,44
Total	8	11,58

Fonte: Elaborada com base nos dados da Pesquisa de Opinião (2023).

A Comissão organizadora do evento estabeleceu uma boa parceria com profissionais do Consultório na Rua do Estado do Tocantins, o que demonstra uma participação importante tanto na pesquisa quanto no evento.

Tabela 4 – Participantes da Pesquisa de Opinião – Região Nordeste

Estado	Número de participantes	Percentual (%)
Rio Grande do Norte	3	4,34
Bahia	1	1,44
Piauí	1	1,44
Total	5	7,22

Fonte: Elaborada com base nos dados da Pesquisa de Opinião (2023).

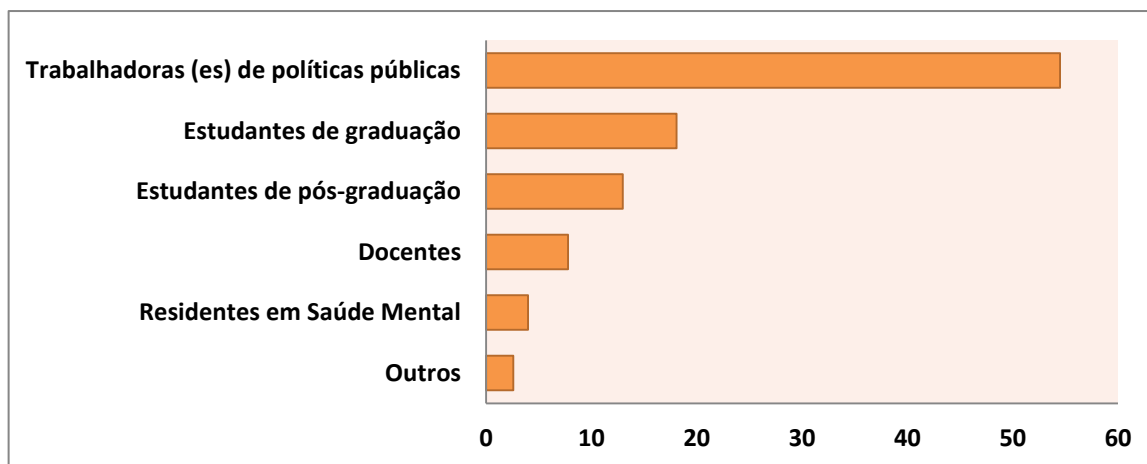
Tabela 5 – Participantes da Pesquisa de Opinião – Região Sul

Estado	Número de participantes	Percentual (%)
Santa Catarina	1	1,44
Paraná	1	1,44
Total	2	2,88

Fonte: Elaborada com base nos dados da Pesquisa de Opinião (2023).

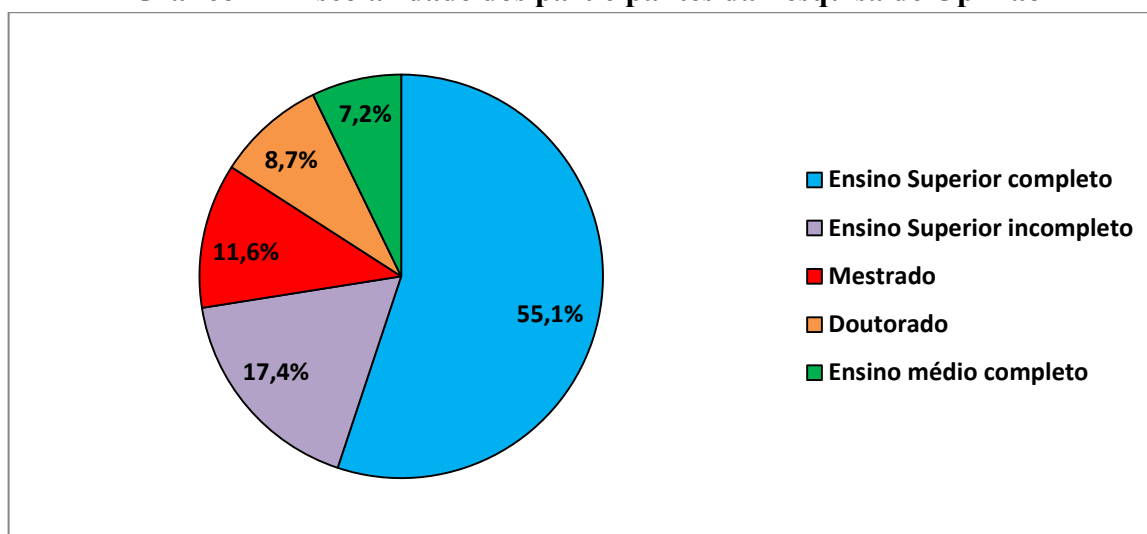
Da região Centro-Oeste obteve-se uma resposta: do Estado do Mato Grosso do Sul. Apesar da restrição de respostas em algumas regiões, cabe salientar a relevância no sentido de alcance de diferentes localidades do país.

Em relação às categorias participantes, o gráfico a seguir demonstra a prevalência de trabalhadoras (es) das políticas públicas, que corresponde a 54,5%, seguido de alunos da graduação 18,1%, alunos da pós-graduação 13%, docentes 7,8%, residentes de saúde mental 4% e outros 2,6%. Esse último inclui uma pessoa usuária da política pública. O gráfico 6 evidencia esses dados:

Gráfico 6 – Categorias Participantes da Pesquisa de Opinião

Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa de Opinião (2023).

Considerando a escolaridade dos participantes da pesquisa, mais da metade 55,1% relataram ter ensino superior completo, 17,4%, nível superior incompleto, 11,6%, mestrado, 8,7%, doutorado, e 7,2%, ensino médio completo. Conforme demonstra o gráfico 7:

Gráfico 7 – Escolaridade dos participantes da Pesquisa de Opinião

Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa de Opinião (2023).

Considerando as (os) trabalhadoras (es) das políticas públicas e as categorias profissionais participantes da pesquisa, 40,7% relataram ser assistentes sociais, 16,9% psicóloga (o), 15,3% enfermeira (o), 5,1% técnica (o) de enfermagem, 5,1% médica (o), 1,7% agente de Redução de Danos, 1,7% agente comunitário de Saúde, 1,7% orientador social, 1,7% guarda municipal, 1,7% terapeuta ocupacional, 1,7% farmacêutica, 1,7% educador físico. Já 6,8% assinalaram a opção outros, que inclui estudante, pesquisador, faxineira e cargo de coordenação. O quadro 3 a seguir apresenta a percepção desses participantes em relação à atenção à saúde da população em situação de rua no município onde residem e/ou atuam.

Quadro 3 – Percepção dos participantes da pesquisa em relação à atenção à saúde da PSR

Atenção à Saúde da PSR no município onde atua e/ou reside	Percentual de Respostas (%)
1. No meu município existe a Estratégia Consultório na Rua e as pessoas são devidamente atendidas no serviço.	62,3
2. A população em situação de rua tem dificuldades de acessar os serviços de saúde.	43,5
3. A população tem acesso aos serviços especializados de Saúde Mental (Caps).	34,8
4. A população é atendida, na maioria das vezes, nos serviços de Urgência e Emergência.	31,9
5. No meu município não existe Estratégia Consultório na Rua.	21,7
6. A população tem acesso às especialidades médicas.	20,3
7. A população é facilmente atendida por outras equipes de Atenção Primária: Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade de Saúde da Família (USF).	15,9
8. Desconheço sobre o acesso da população em situação de rua à política de saúde no meu Município.	4,3

Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa de Opinião (2023).

As premissas apresentadas têm como base dados obtidos em pesquisas anteriores, como o primeiro Censo e Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua (BRASIL, 2009), que trouxe a histórica exclusão desse segmento dos serviços de Atenção Básica, além dos estudos de (Fraga, 2015), (Martinez, 2016), (Mendes; Chagas; Penna, 2020), que analisam o acesso dessa população à política de saúde.

Observa-se que diante da percepção dos participantes da pesquisa de opinião nos municípios onde existe a Estratégia Consultório na Rua, as pessoas são devidamente atendidas pelo serviço (1), reforçando a concepção da necessidade de uma atenção específica a esse segmento. No entanto, um número significativo de respostas (trinta, que corresponde a 43,5%) refere que a população em situação de rua encontra dificuldades para acessar os serviços de saúde (2). Esse fato pode ser compreendido a partir de questões já evidenciadas, conforme descrevem Mendes, Chagas e Penna (2020, p. 71): “os cidadãos em situação de rua possuem particularidades, principalmente no que diz respeito à vulnerabilidade psicossocial, morbidades e estigmatização, que constituem barreiras ao acesso aos serviços de saúde”.

É importante salientar o acesso da população aos serviços especializados de saúde mental (3) – 24 ou 34,8% responderam que a população acessa os serviços específicos de Saúde Mental. Como já abordado em relação à determinação social da saúde, a vivência nas ruas impacta a saúde mental dos sujeitos. A privação de direitos sociais fundamentais, como o acesso a moradia, alimentação, saneamento básico, trabalho, além das inúmeras inseguranças, violências e preconceitos que perpassam essas vivências, contribuem para uma maior incidência do desenvolvimento de transtornos mentais.

Baixo nível socioeconômico, baixo nível educacional, desemprego, falta de suporte social e de moradia adequada estão associados a uma maior frequência de transtornos mentais. Portanto, pessoas em situação de rua apresentam alto risco de desenvolver transtornos mentais. (Carvalho, 2016, p. 65).

Em relação ao atendimento da população ocorrer na maioria das vezes nos serviços de Urgência/Emergência (4), 22 participantes ou 31,9% concordaram com a premissa. Quando essa questão foi evidenciada no Primeiro Censo da População em Situação de Rua (Escorel, 2009), 44% das pessoas relataram que só eram atendidas nos serviços de saúde em situações emergenciais.

O que se observa atualmente é que em parte ainda acontece a exclusão e dificuldades da população para acessar outros serviços de saúde, mas é uma realidade que vem se alterando, principalmente após a implantação das Equipes de Consultório na Rua. Tem-se aos

poucos um processo importante de mudança na perspectiva dos equipamentos de Atenção Básica de que essa população deve ser atendida independentemente da territorialização.

Em consonância com essa reflexão, na premissa que refere a facilidade de acesso da população em situação de rua aos equipamentos de Atenção Básica (7), apenas 11 participantes ou 15,9% assinalaram essa opção, tendo em vista que há uma exclusão desse segmento das Unidades Básicas de Saúde e das Estratégias de Saúde da Família, devido à lógica de atendimento territorial, com endereço fixado. Já foram dados alguns passos nesse sentido, mas ainda é preciso avançar na compreensão do princípio da universalidade de acesso à política de saúde.

Em relação ao acesso às especialidades médicas (6), 14 participantes assinalaram a afirmação, o que corresponde a 20,3%. Aparece nos estudos em relação a essa premissa a dificuldade que existe da população com consultas agendadas. Normalmente os serviços de especialidade requerem agendamento prévio, tempo de espera, organização em relação à data agendada, e sabe-se que as pessoas que vivem nas ruas são expostas a tantas situações de incertezas, inseguranças e desproteções, que se constituem verdadeiras barreiras de acesso impeditivas de uma organização que dê conta dessa dinâmica de atendimento. Na maioria das vezes, as pessoas que têm acesso aos serviços de Acolhimento, Centro pop e até mesmo ao Consultório na Rua contam com o suporte dos equipamentos que as auxiliam na organização dessa rotina.

Dos participantes da pesquisa, 15 ou 21,7% assinalaram a opção “no meu município não existe Estratégia de Consultório na Rua” (5). Conforme a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, o parâmetro adotado é o de uma Equipe de Consultório na Rua para atender no mínimo oitenta e no máximo mil pessoas em situação de rua (Brasil, 2012 a).

Já a Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012, define o número máximo de eCR nos municípios, com base em pesquisas censitárias realizadas por órgãos oficiais. Poderão ter eCR os municípios com população de 100 mil a 300 mil habitantes e os municípios com população superior a 300 mil habitantes. Os municípios com população inferior a 100 mil habitantes poderão ser contemplados com eCR desde que comprovada a existência de pessoas em situação de rua, nos parâmetros previstos na Portaria nº 122/2012 (Brasil, 2012 b).

A tabela 6 descreve o porte dos municípios, considerando o número de habitantes, com base na classificação utilizada pelo IBGE:

Tabela 6 – Municípios no Brasil – Classificação de porte por número de habitantes

Classificação de Porte do Município	Número de habitantes
Pequeno Porte I	até 20.000
Pequeno Porte II	de 20.001 a 50.000
Médio Porte	de 50.001 a 100.000
Grande Porte	de 100.001 a 900.000
Metrópoles	mais de 900.000

Fonte: IBGE, adaptado pela autora (2023).

Dado extraído da plataforma e-Gestor AB: Financiamento¹⁸ referente ao mês de março de 2023 indica que existem no Brasil 197 equipes de Consultório na Rua (eCRs) homologadas pelo Ministério da Saúde.

A última pergunta direcionada aos 69 participantes da pesquisa foi: em qual serviço ou política pública atuam? (Vinte e três ou 33,3%) relataram ser trabalhadoras (es) do Consultório na Rua. Estes foram direcionados a responder uma seção específica. Os dados serão apresentados a seguir.

3.3.2 Pesquisa de Opinião com as (os) trabalhadoras (es) da Estratégia Consultório na Rua

Essa seção do formulário foi respondida por 23 trabalhadoras(es) do Consultório na Rua. Dos 23 participantes, (vinte - 86,9%) se identificaram como mulher cisgênero e (três - 13,1%) como homem cisgênero. Optou-se por utilizar a flexão de gênero trabalhadoras(es).

Das 23 respostas obtidas no formulário específico para trabalhadoras (es) do CnR, 15 são da região Sudeste, o que corresponde a 65,21%, com a maior participação do estado de Minas Gerais (oito respostas), São Paulo, cinco, Rio de Janeiro, uma, e Espírito Santo, uma. Da região Norte foram obtidas três respostas, o que corresponde a 13,4%, sendo duas do Tocantins e uma do Pará. Da região Nordeste houve a mesma quantidade de respostas: Rio Grande do Norte, uma, Bahia, uma, e Piauí, uma. Da região Sul foram obtidas duas respostas, o que corresponde a 8,69%: Santa Catarina, uma, e Paraná, uma. No formulário específico para as(os) trabalhadoras(es) não houve participação da região Centro-Oeste.

¹⁸ <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Trata-se de uma informação pública. Basta acessar a aba de relatórios públicos do e-Gestor AB e clicar em acessar na aba de “Financiamento APS”.

No que se refere às localidades dos 23 participantes, o quadro 4 apresenta de modo mais específico os estados e municípios que estão representados na pesquisa:

Quadro 4 – Regiões, Estados e Municípios das(os) Trabalhadoras(es) das Equipes de Consultório na Rua participantes da Pesquisa de Opinião

Regiões	Estados	Municípios	Nº de respostas
Sudeste	Minas Gerais	Belo Horizonte	4
		Contagem	2
		Governador Valadares	1
		Pouso Alegre	1
	São Paulo	Franca	4
		Ribeirão Preto	1
	Rio de Janeiro	Campos dos Goytacazes	1
	Espírito Santo	Vitória	1
Norte	Tocantins	Palmas	2
	Pará	Belém	1
Nordeste	Rio Grande do Norte	Natal	1
	Piauí	Teresina	1
	Bahia	Vitória da Conquista	1
Sul	Santa Catarina	Itajaí	1
	Paraná	Maringá	1

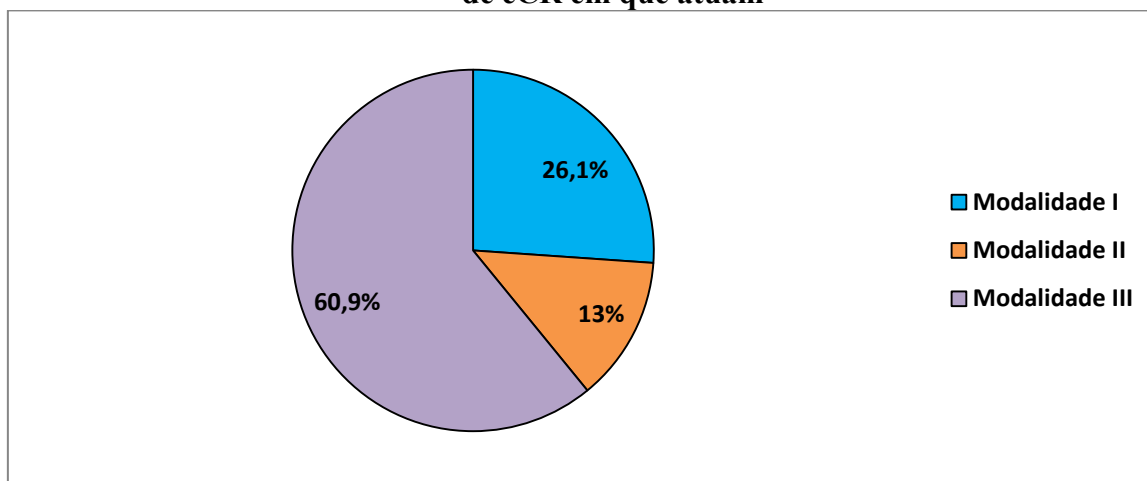
Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa de Opinião (2023).

O formulário específico voltado para trabalhadoras(es) do Consultório na Rua teve como objetivo coletar dados da percepção em relação às ações desenvolvidas, à organização do serviço, aos principais desafios no cotidiano de trabalho, bem como às particularidades observadas no cenário de pandemia da Covid-19.

Em relação às modalidades das equipes de Consultório na Rua, conforme destacado no gráfico 8, 60,9% relataram que trabalham em eCR modalidade III, 26,1% na modalidade I e

13% na modalidade II. Conforme já abordado, na Portaria nº 122/2012 consta que as equipes de Consultório na Rua podem existir em três modalidades (Modalidade I: dois profissionais nível médio e dois de nível superior), (Modalidade II: três profissionais de nível médio e três de nível superior) e (Modalidade III: o mesmo da Modalidade II, acrescido do profissional da medicina) (Brasil, 2012).

Gráfico 8 – Trabalhadoras(es) participantes da Pesquisa de Opinião, por modalidade de eCR em que atuam



Fonte: Elaborado com base nos dados obtidos na Pesquisa de Opinião (2023).

Em relação às categorias profissionais que compõem as equipes, a tabela 7 destaca: Enfermagem 95,7%, Serviço Social 82,6%, Motorista 82,6%, Psicologia 78,3% e Técnica (o) de Enfermagem 73,9%. A tabela a seguir evidencia todas as categorias mencionadas:

Tabela 7 – Categorias profissionais que compõem as eCRs de acordo com a Pesquisa de Opinião

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº de RESPOSTAS	PERCENTUAL (%)
Enfermagem	22	95,7
Serviço social	19	82,6
Motorista	19	82,6
Psicologia	18	78,3
Técnica(o) de enfermagem	17	73,9
Médica (o)	16	69,6
Agente social	6	26,1
Auxiliar de enfermagem	4	17,4
Redutor (a) de danos	4	17,4
Técnica (o) em saúde bucal	3	13,03
Arte educador (a)	2	8,7
Terapia ocupacional	2	8,7
Agente comunitário de saúde	1	4,3

Fonte: Elaborado com base nos dados obtidos na Pesquisa de Opinião (2023).

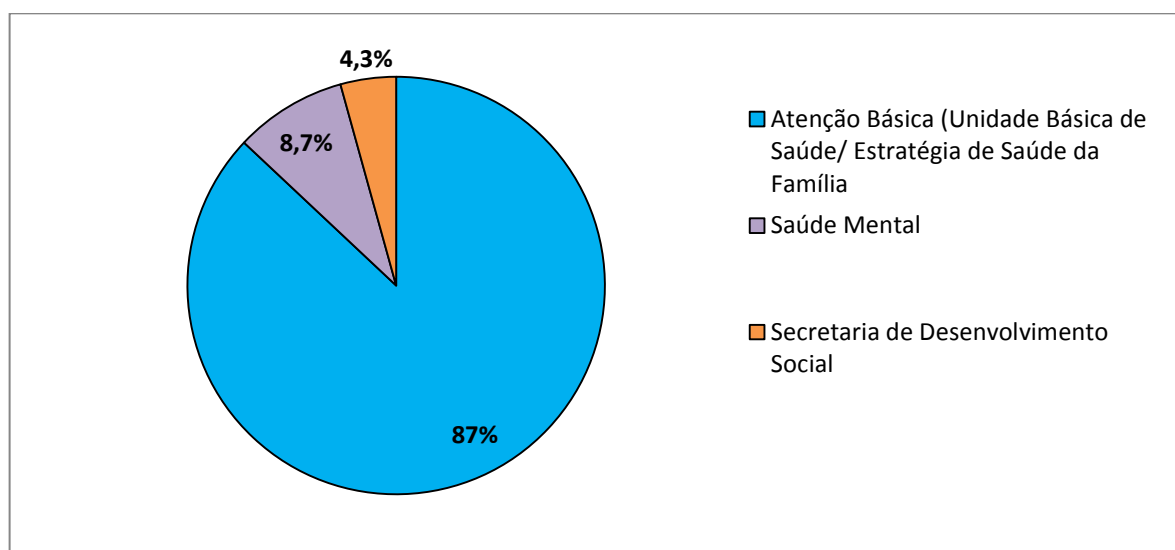
A Portaria nº 122/2012 traz as profissões que deverão compor as eCRs. Das mencionadas na Pesquisa de Opinião, apenas não está descrita na portaria Arte Educador(a) e Redutor(a) de danos. No entanto, a legislação ao descrever as atribuições dos Agentes Sociais contempla ações de redução de danos e a realização de atividades educativas e culturais. Acredita-se que em alguns municípios houve uma caracterização mais precisa dessas ações desmembradas em outros profissionais e em outros municípios o Agente Social tem a competência de desenvolver tanto as ações de redução de danos como de utilizar expressões artísticas e culturais com a população atendida.

Ainda considerando a dinâmica organizativa dos Consultórios na Rua em relação aos recursos humanos e materiais, foi realizado o questionamento sobre um importante recurso material: a Unidade Móvel. Está previsto que o CnR deve contar com veículo próprio que possibilite a locomoção dos profissionais para os atendimentos da população *in loco*, sendo esse o funcionamento central do serviço que garante a maior adesão da população, tendo em vista as muitas dificuldades desse segmento para procurar os serviços de saúde.

Dos 23 participantes da pesquisa de opinião, 78,3% relataram que os equipamentos em que atuam dispõem de Unidade Móvel e/ou Veículo próprio para atendimento *in loco*; já 21,7% relataram que os equipamentos não contam com esse recurso material fundamental.

Como também já foi abordado, desde 2011 o Consultório na Rua passou a compor a PNAB (regulamentada pela Portaria nº 2.488/2011). Anteriormente a esse período, alguns municípios já dispunham do equipamento, mas eram denominados Consultórios de Rua e estavam vinculados ao Departamento de Saúde Mental.

Direcionou-se às (aos) trabalhadoras (es) o questionamento sobre a qual departamento a eCR se vincula, a fim de saber se estão em consonância com o que está previsto atualmente pelo Ministério da Saúde para o cuidado em saúde da população em situação de rua.

Gráfico 9 – Equipes de Consultório na Rua e Vinculação por Departamento

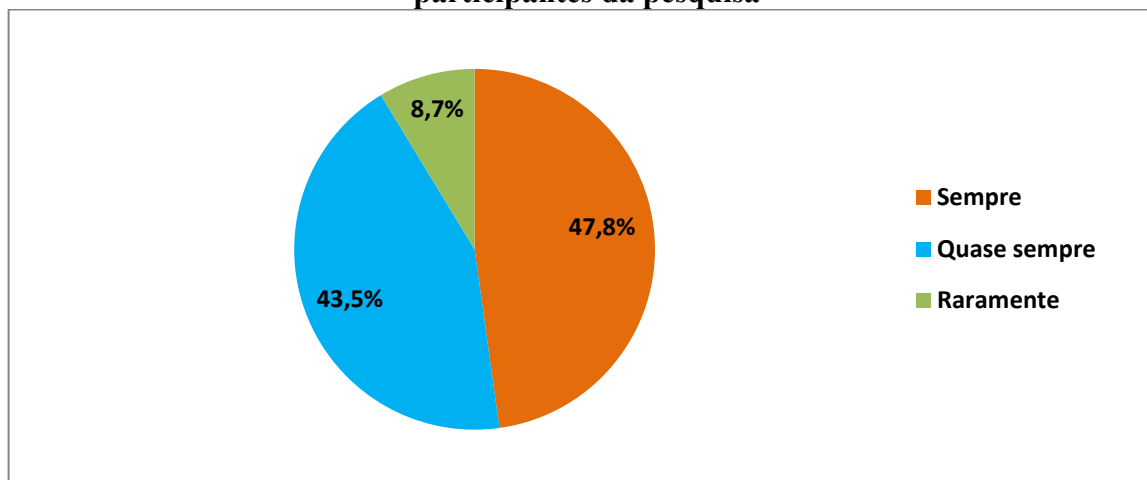
Fonte: Elaborado com base nos dados obtidos na Pesquisa de Opinião (2023).

Como se observa, mesmo já passada uma década da regulamentação que dispõe que o serviço específico para o atendimento da População em Situação de Rua deve estar vinculado ao departamento de Atenção Básica, tendo como base a integralidade do cuidado, ainda existem Unidades vinculadas à saúde mental, e de forma ainda mais imprópria, vinculadas à Política de Assistência Social. Isso reforça a histórica concepção desse segmento populacional como público apenas da política de assistência social, devido à condição de vulnerabilidade econômica, sem considerar o sujeito como um todo que tem o direito fundamental de acessar a política de saúde.

A política de redução de danos (RD) deve se dar de forma transversal na atuação dos profissionais que compõem as eCRs, além de ser uma estratégia de cuidado em saúde que integra promoção e prevenção e inclui o sujeito como participante ativo do processo.

O gráfico 10 mostra a frequência em que são realizadas ações de redução de danos, conforme a percepção dos participantes da pesquisa.

Gráfico 10 – Frequência que realizam ações de redução de danos, na percepção das(os) participantes da pesquisa



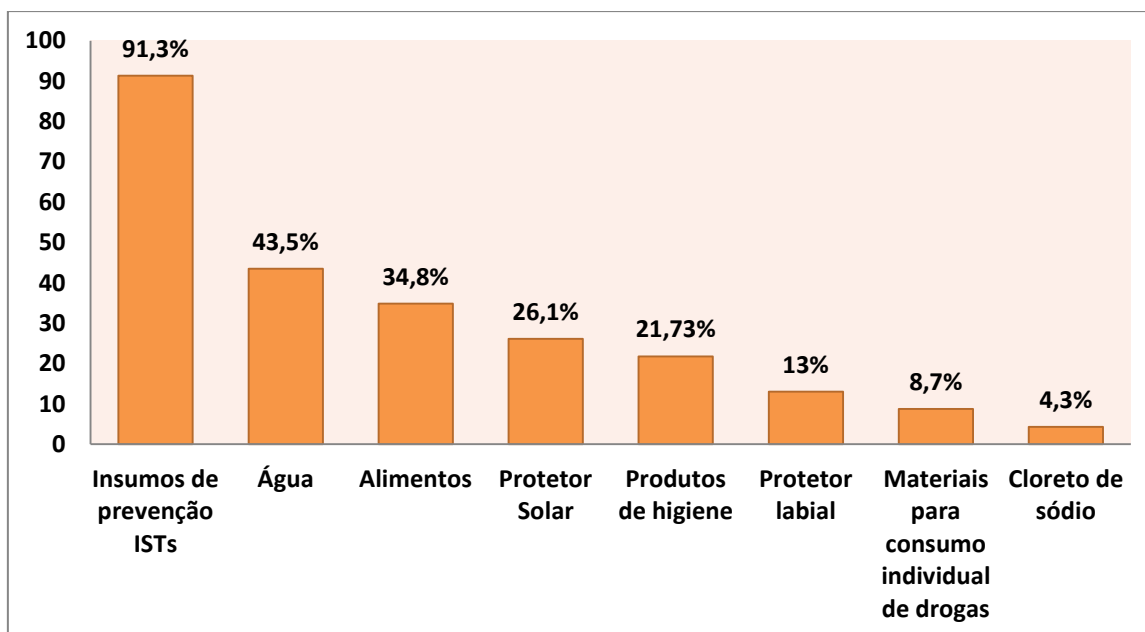
Fonte: Elaborado com base nos dados obtidos na Pesquisa de Opinião (2023)

As ações de redução de danos permeiam as práticas dos profissionais. A alternativa “nunca são realizadas ações de RD” não foi assinalada por nenhum participante.

Considera-se que trabalhar nessa perspectiva é essencial, sendo imperativa a adesão das (os) trabalhadoras(es) à prática. Esta deve compor uma ação transversal na atuação de todos os profissionais. Muitas vezes, as pessoas confundem ou reduzem a política de RD apenas à distribuição de insumos de proteção (preservativos, kit de higiene, etc.), no entanto, é uma estratégia de cuidado muito mais ampla, que envolve outras dimensões como a orientação, a escuta, o vínculo, o acolhimento, a realização de atividade cultural ou educativa, ações de educação em saúde que contribuem para a redução e a prevenção de agravos.

A distribuição desses insumos é relevante, pois é o que confere materialidade à prática de RD, mas deve sempre vir acompanhada de outras dimensões que propiciem acolhimento, escuta e orientação. A própria distribuição de insumos é uma estratégia de aproximação que promove a criação de vínculos e contribui para uma maior adesão ao processo de cuidado.

O gráfico 11 apresenta alguns insumos distribuídos pelas eCRs:

Gráfico 11 – Distribuição de Insumos de Redução de Danos

Fonte: Elaborado com base nos dados obtidos na Pesquisa de Opinião (2023).

Outro objetivo da pesquisa de opinião foi coletar dados em relação às principais ações intra e intersectoriais que os CnRs realizam. Para a integralidade à saúde da população em situação de rua, faz-se necessária a articulação tanto com outros equipamentos da política de saúde quanto com outras políticas públicas: Assistência Social, Habitação, Educação, Trabalho e Renda. O quadro 5 evidencia as ações intra e intersectoriais que foram consideradas pelas pesquisadoras e o percentual de trabalhadoras(es) que assinalaram as afirmações:

Quadro 5 – Ações Intra e Intersectoriais realizadas pelas Equipes de Consultório na Rua, segundo os participantes da Pesquisa de Opinião

Ações de Articulação Intra e Intersectoriais das eCRs	Percentual (%) de respostas
1. Reuniões de equipe periódicas	78,3
2. Reuniões de articulação com a rede intersectorial	73,9
3. Reuniões com outros serviços de saúde	73,9
4. Reuniões com gestores	39,1
5. Reuniões de equipe, sem periodicidade determinada	30,4
6. Não são realizadas ações de articulação	0

Fonte: Elaborado com base nos dados da pesquisa de opinião (2023).

Observa-se que uma quantidade expressiva de equipes (30,4%) não apresenta uma periodicidade determinada de reuniões. As ações de articulação são fundamentais para o bom funcionamento dos serviços; as reuniões de equipe deveriam constar como uma ação

periódica em todos os equipamentos, pois são relevantes espaços de reflexão e avaliação do processo de trabalho, além de promover o fortalecimento dos profissionais para pensar e executar ações no âmbito intersetorial.

A operacionalização das políticas sociais continua presidida por uma lógica de organização voltada para objetos e óticas setoriais que apresenta dificuldade em promover a equidade e a integralidade no atendimento ao cidadão. Na esteira deste raciocínio, há consenso na literatura nacional de que para enfrentar a complexidade da questão social e os limites estruturais da sociedade brasileira é necessária a conformação de uma rede de proteção social, cujo objetivo de integração encontra-se, em grande medida, dependente da construção de estratégias de gestão intersetorial. (Monnerat; Almeida; Souza, 2014, p. 13).

Mais do que articulação entre serviços, políticas ou entre profissionais, a intersectorialidade deve ser um componente essencial da política pública. Se não há a compreensão dessa dimensão intersectorial, a ação se reduz a contatos realizados por profissionais de modo individual e, assim, só se efetiva por vontade e disposição do profissional. Todavia, quando a intersectorialidade migra das legislações e é assumida pela gestão das políticas, ela é efetivada no cotidiano do trabalho e se tem de fato uma gestão na perspectiva intersectorial.

Considerando o cotidiano de trabalho das eCRs, a pesquisa de opinião buscou coletar dados acerca dos principais desafios que perpassam a atuação. Foram elaboradas pelas pesquisadoras dez premissas em relação a essa realidade. O quadro a seguir expõe o percentual de respostas positivas para cada afirmação aventada:

Quadro 6 – Desafios no cotidiano de trabalho das Equipes de Consultório na Rua conforme a percepção dos participantes da Pesquisa de Opinião

Desafios no cotidiano de trabalho no CnR	Percentual de Respostas (%)
A PSR ter direitos negados por falta de documentação	78,3
Lidar com situações de preconceitos e violências contra a PSR e a própria equipe	65,2
Equipe reduzida	60,9
Falta de insumos adequados para trabalhar na perspectiva de RD	56,5
Dificuldades de realizar encaminhamentos para outros serviços de saúde (especialidades)	52,2
Falta de estrutura adequada para desenvolver o trabalho	39,1
Dificuldades de estabelecer ações intersectoriais	34,8
Contexto de tráfico de drogas/criminalização do uso de drogas	30,4
Ausência de Unidade Móvel	21,7
Não são identificadas dificuldades	0

Fonte: Elaborado com base nos dados da Pesquisa de Opinião (2023).

As premissas foram elaboradas tendo como base estudos e pesquisas sobre a população em situação de rua e os Consultórios na Rua (Oliveira, et al., 2022), (Rabelo; Machado, 2022), além da experiência profissional de uma das pesquisadoras nesse cenário de prática.

Observa-se que a questão da documentação ainda é um dos grandes desafios e impõe barreiras para o acesso da população aos serviços de saúde. A Lei nº 13.714, de 24 de agosto de 2018, alterou a Loas (Lei nº 8142/1993) para assegurar o acesso das famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidade ou risco social e pessoal à atenção integral à saúde, independentemente da apresentação de documentos que comprovem domicílio ou inscrição no cadastro do SUS (Brasil, 2018).

Os preconceitos e violências contra a população resultantes da intolerância foram destacados por 65,2% dos participantes. Como já discutido sobre as limitações do uso do espaço urbano, há violências efetuadas pelos próprios agentes de segurança, o que se vincula à questão da criminalização do uso de drogas, principalmente para essa população. Reforça-se a concepção que o uso de substâncias não é exclusivo desse agrupamento social, mas sabe-se que o contexto onde o uso é realizado, ou seja, a classe social que a consome, define em muito o tratamento ofertado.

As dificuldades em relação aos encaminhamentos para serviços de especialidade, em muito ocorre pela discussão já colocada: o grau de exigência quanto a horários, as burocracias, o tempo de espera. Tudo isso dificulta o acesso da população.

A falta de recursos humanos, destacada por 60,9%, e de materiais, por 56,5%, também são desafios que se colocam. Essa questão se relaciona especialmente com o desfinanciamento das políticas sociais, que não são vistas como prioritárias, sobretudo para os serviços que atendem pessoas em situação de rua, que historicamente não se constituem em alvo preferencial de financiamento.

A próxima seção apresenta dados coletados na pesquisa de opinião sobre a percepção das(os)trabalhadoras(es) no cenário específico da pandemia.

3.3.3 Percepção das (os) trabalhadoras (es) sobre o cenário da pandemia de Covid-19

As questões direcionadas à vivência dos profissionais na pandemia possibilitaram identificar, a partir da perspectiva dos 23 participantes, quais as condutas e as estratégias de cuidados adotadas e os desafios e impactos percebidos para a população em situação de rua.

O quadro 7 que segue apresenta as afirmações elaboradas em relação às possíveis ações emergenciais que os municípios disponibilizaram para a população em situação de rua na pandemia da Covid-19.

Quadro 7 – Protocolos Emergenciais adotados pelos municípios para atenção à PSR na pandemia, conforme a percepção dos participantes da Pesquisa de Opinião.

Ações Emergenciais efetivadas pelos municípios para a PSR na pandemia	Percentual de Respostas (%)
1. Protocolos sanitários de atendimento específico para a PSR	52,2
2. Serviços de Acolhimento Emergencial	47,8
3. Ampliação de vagas em Abrigos/Albergues/Serviços de Acolhimento.	39,1
4. Serviços para o cumprimento da quarentena em casos positivos	30,4
5. Não foram implementados protocolos específicos para o atendimento da PSR	21,7
6. Compra de insumos e EPIs de Proteção à Covid-19	17,4
7. Novos pontos para a higiene pessoal e acesso à água potável	8,7
8. Contratação de mais profissionais para o CnR	8,7
9. Ampliação do Número de eCr	4,3

Fonte: Elaborado com base nos dados obtidos na Pesquisa de Opinião (2023).

A Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020, regulamentada pelo Ministério da Cidadania, trouxe recomendações gerais para a garantia de proteção social à população em situação de rua no contexto da pandemia. Entre elas a necessidade de os municípios elaborarem Planos de Contingência para mitigar os efeitos da Covid-19 para esse segmento, a partir da provisão de espaços e materiais destinados à higiene pessoal (banheiros e chuveiros) e higienização das roupas.

Observa-se que 21,7% relataram que em seus municípios não foram implantadas ações emergenciais na pandemia para a PSR e 52,2% mencionaram a criação de protocolos específicos para essa população. Retoma-se a reflexão quanto à ausência de uma condução coordenada na efetivação dessas ações a nível nacional. Tendo em vista os desmontes que as

políticas sociais já vinham sofrendo antes mesmo da pandemia, em especial os serviços e as políticas direcionadas à PSR, as ações emergenciais são insuficientes para dar conta de uma demanda que antecede o estado de calamidade pública.

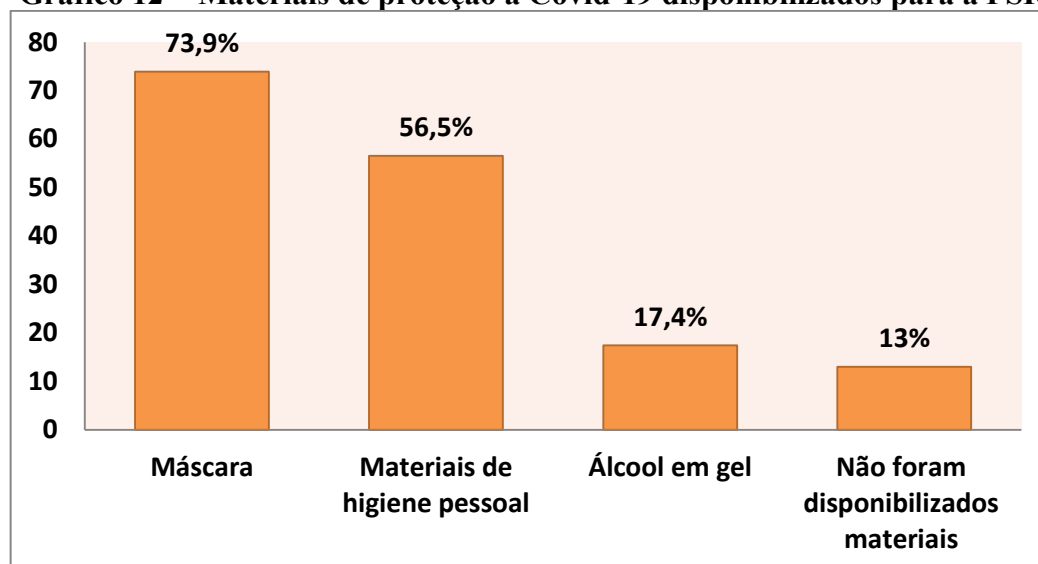
Considerando as ações emergenciais propostas para a população em situação de rua na pandemia apesar de terem sido elaborados documentos de recomendações e protocolos específicos o que se assistiu foram aplicações diversas dessas recomendações nas diferentes localidades ou até mesmo ausência de qualquer protocolo específico, com ações fragmentadas.

Não houve condução e direcionamento federal estruturado para a efetivação dessas ações, seja na ampliação dos serviços de acolhimento, seja na ausência de espaços específicos para o isolamento de pessoas infectadas, seja na falta de planejamento para que as doses prioritárias chegassem de fato a essa população com a prioridade prevista.

Obviamente essa escassez de políticas públicas já era uma realidade anterior ao cenário de pandemia; esse contexto apenas escancarou a fragilidade e a precariedade das ações de proteção social e de assistência à saúde que permeiam a vivência da população em situação de rua.

O gráfico 12 apresenta quais insumos de proteção contra a Covid-19 os municípios disponibilizaram, segundo a observação das(os) participantes da pesquisa:

Gráfico 12 – Materiais de proteção à Covid-19 disponibilizados para a PSR



Fonte: Elaborado com base nos dados obtidos na Pesquisa de Opinião (2023).

Quanto à distribuição dos insumos para a prevenção e proteção à Covid-19, 56,5% das(os) trabalhadoras(es) participantes da pesquisa informaram que as equipes precisaram complementar os insumos ofertados pelos municípios confeccionando e/ou adquirindo por iniciativa dos próprios profissionais; 52,2% informaram que contaram com doações da sociedade civil para a distribuição desses insumos; e 8,7% disseram que todos os materiais distribuídos foram adquiridos e/ou confeccionados por iniciativa das equipes.

O quadro que segue apresenta seis afirmações elaboradas pelas pesquisadoras sobre a vacinação e o percentual de respostas positivas:

Quadro 8 – Realização da vacinação da PSR, conforme a observação das(os) participantes da pesquisa

Vacinação da PSR contra a Covid-19 nos municípios	Percentual de Respostas (%)
1. O Consultório na Rua conseguiu realizar a vacinação <i>in loco</i>	82,6
2. Foi realizada a Vacinação nos serviços de acolhimento	39,1
3. A PSR foi grupo prioritário no calendário de vacinação	21,7
4. A PSR foi vacinada de acordo com o calendário do público geral	21,7
5. As eCRs não dispõem de profissionais e insumos adequados para realizar a vacinação <i>in loco</i>	8,7
6. A vacinação foi realizada em unidade de referência específica para a PSR	4,3

Fonte: Elaborado com base na pesquisa de opinião (2023).

No que diz respeito à vacinação, houve a inclusão pelo Ministério da Saúde da população em situação de rua como grupo prioritário no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19, contudo, a princípio o número estimado dessa população estava muito aquém do número de pessoas que estão em situação de rua. Isso evidencia que, na prática, a PSR de muitos municípios foi vacinada conforme o calendário do público em geral, por faixa etária.

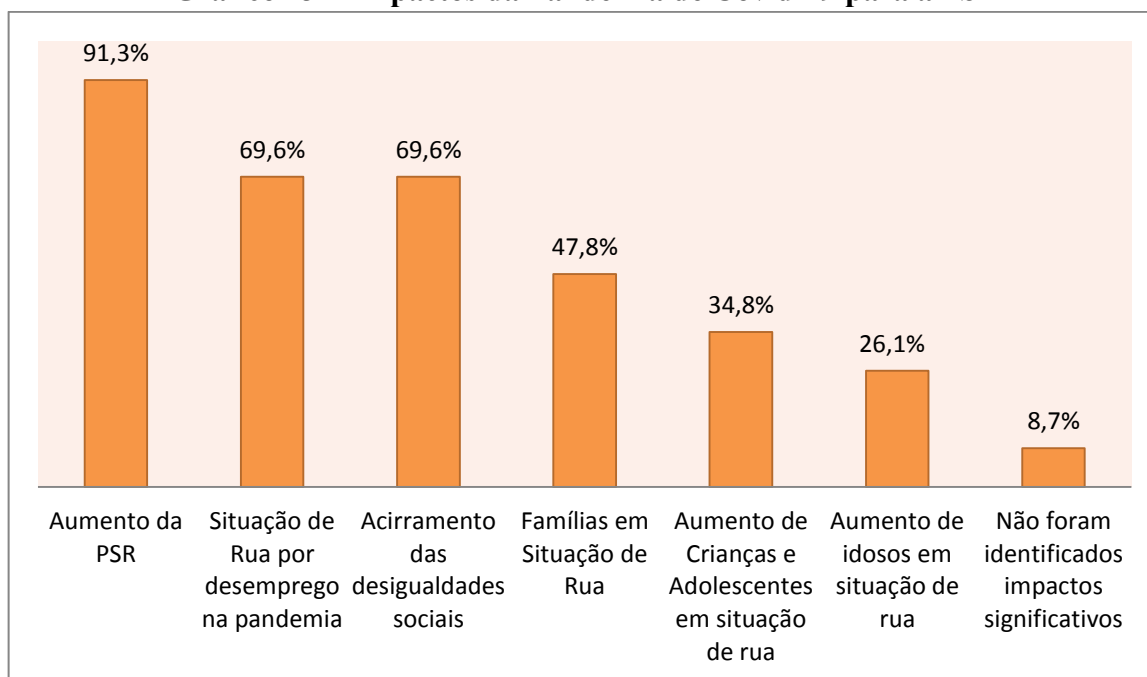
É importante fazer uma breve consideração em relação as (aos) trabalhadoras (es) dos serviços de Acolhimento, também são espaços que atuaram durante o período de pandemia de forma ativa e ininterrupta, local onde em muitos municípios receberam as equipes de saúde para a vacinação da população *in loco*, com papel complementar às ações em saúde, por fornecer à população condições de acesso a atividades básicas, como: local para a realização da higiene pessoal, para repouso e acesso a alimentação. Contudo, esses profissionais, bem como as (os) trabalhadoras (es) da Política de Assistência Social não constituíram público

prioritário no plano de vacinação, mesmo tendo sido considerados como serviços essenciais, o que não encontra uma razão justificável.

Dito isso, é importante evidenciar o expressivo alcance dos Consultórios na Rua na realização da vacinação *in loco*: 82,6% dos participantes da pesquisa afirmaram que em seus municípios as eCRs conseguiram realizar a vacinação da PSR, sendo facilitado o acesso desse segmento à imunização.

O gráfico 13 apresenta o percentual de respostas afirmativas das(os) trabalhadoras(es) em relação à percepção dos impactos que o cenário pandêmico trouxe para a PSR nos municípios em que atuam. Verifica-se que 91,3% das (os) participantes da pesquisa atestaram a percepção de que houve aumento do número de pessoas em situação de rua na pandemia; 8,7% não identificaram mudança perceptível em relação à quantidade de PSR.

Gráfico 13 – Impactos da Pandemia de Covid-19 para a PSR



Fonte: Elaborado com base nos dados obtidos na Pesquisa de Opinião (2023).

As premissas elaboradas em relação aos impactos da pandemia têm como base pesquisas e estimativas acerca da população, como as Notas Técnicas nº 73 (junho/2020) e nº 74 (junho/2020), publicadas pela Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc), do Ipea, que apresentaram a estimativa da PSR (de 2012 a 2020) e o potencial da pandemia de agravar o fenômeno, bem como a recente Nota Técnica nº 103 (fevereiro/2023), que apontou o número estimado de pessoas em situação de rua no Brasil em 2022 (281.472, 38% maior que o estimado em 2019, a saber, 204.660).

As estimativas apresentadas corroboram o dado de que 91,3% disseram ter observado o aumento da população em situação de rua, bem como o aumento de famílias e de crianças e adolescentes em situação de rua.

O aumento da população em situação de rua nas cidades brasileiras evidencia um momento de aprofundamento das desigualdades sociais resultante de uma política econômica e social que historicamente vem se organizando conforme os ditames neoliberais e que se defrontaram com a realidade do capitalismo pandêmico como um obstáculo para a efetivação dos direitos sociais fundamentais. “As condições de acesso às políticas sociais, sobretudo de assistência à saúde e à proteção social são insuficientes para o alcance desse segmento social, o que amplia, cada vez mais, uma realidade desumana e cruel.” (Nunes; Bonatto; Rodrigues, 2020, p. 176).

A conjuntura demonstrou que são necessárias políticas públicas efetivas e estruturadas. Sabe-se que esse segmento não demanda apenas ações emergenciais em momentos de calamidade pública, mas soluções mais estáveis e permanentes que possam garantir o acesso aos direitos sociais de saúde, assistência social, educação, alimentação, trabalho, renda e, sobretudo, moradia.

CAPÍTULO 4 SITUAÇÃO DE RUA: narrativas e vivências na Pandemia da COVID-19

Morrem de fome, é certo, indivíduos isolados, mas que segurança tem o operário de que amanhã a mesma sorte não o espera? Quem pode garantir-lhe que não perderá o emprego? Quem lhe assegura que amanhã, quando o patrão – com ou sem motivos – o puser na rua, poderá aguentar-se, a si e à sua família, até encontrar outro que “lhe dê o pão”? Quem garante ao operário que, para arranjar emprego, lhe basta boa vontade para trabalhar, que a honestidade, a diligência, a parcimônia e todas as outras numerosas virtudes que a ajuizada burguesia lhe recomenda são para ele realmente o caminho da felicidade? Ninguém. O operário sabe que, se hoje possui alguma coisa, não depende dele conservá-la amanhã; sabe que o menor suspiro, o mais simples capricho do patrão, qualquer conjuntura comercial desfavorável podem lançá-lo no turbilhão do qual momentaneamente escapou e no qual é difícil, quase impossível, manter-se à tona. Sabe que se hoje tem meios para sobreviver, pode não os ter amanhã. (Engels, 2008, p. 69-70).

4.1 Universo da Pesquisa: Franca/SP

A escolha da citação da obra de Engels que dá início a este capítulo guarda relação com o tempo presente, preservadas as mediações de cada tempo histórico. A concepção do autor já apontava que em conjunturas sociais adversas, em tempos de crise e instabilidade, os mais profundos descabimentos são sentidos pela classe trabalhadora.

A primeira seção deste capítulo apresenta o universo da pesquisa de campo, as particularidades do fenômeno População em Situação de Rua e o acesso à política de saúde no município de Franca/SP, considerando o contexto de pandemia da Covid-19.

Nesse sentido, é importante começar pela análise das características centrais que conformam o município de Franca/SP, localizado no interior do Estado de São Paulo, a 401 km da capital e a 676 km de Brasília. Conforme dados publicados pelo IBGE com base na prévia da população calculada no Censo Demográfico de 2022, a população é de 370.378 habitantes (IBGE, 2022).

Segundo os parâmetros utilizados pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), trata-se de um município de grande porte (101 mil até 900 mil habitantes). O Plano Municipal de Saúde (2022-2025) aponta que Franca é a 74ª maior cidade brasileira e a 9ª maior do interior do Estado de São Paulo (Prefeitura de Franca, 2022).

Um breve histórico do município demonstra que no início do século XIX a região recebeu um importante fluxo populacional, com a migração de mineiros, que vieram principalmente do Sul de Minas Gerais, em busca de se estabelecer no meio rural para

trabalharem na plantação de lavouras de café. Esse fluxo migratório pode ser explicado pela decadência da mineração naquela região, o que levou os habitantes a buscarem outra atividade produtiva, principalmente ligada à terra (Prefeitura de Franca, s.d., *online*).

Em 1804 foram dados os primeiros atos efetivos de fundação do povoado, na figura do mineiro Antônio Hipólito Pinheiro. Só em 28 de novembro de 1824 é que a então Freguesia de Franca se emancipou e passou a ter *status* de cidade, sob a denominação de Vila Franca do Imperador. Em 30 de dezembro de 1889, por decisão da Câmara Municipal local, a denominação foi simplificada para Franca (Prefeitura de Franca, s.d., *online*).

Em relação à atividade econômica, segundo Lourenço (2009, p. 179), destacam-se duas grandes frentes: a produção de calçados e a agroindústria canavieira. Em relação à fabricação de calçados, a autora ressalta que é necessário levar em conta que esse setor engloba uma gama de atividades: “curtumes, indústrias de borracha, solados, máquinas, peças e equipamentos, produtos químicos e artigos e componentes em couro”.

Em relação à agroindústria, a produção de café já se constituiu numa importante atividade econômica no município, mas o principal carro-chefe passou a ser a produção de cana-de-açúcar. Esse movimento se relaciona com o aspecto mais geral de incentivo nas últimas décadas à agroindústria canavieira, que ganhou espaço também no município de Franca/SP, como destaca Lourenço (2009, p. 200): “As pequenas propriedades dão espaço para as grandes na medida em que somente o capital ampliado pode investir na produção canavieira devido às inovações tecnológicas necessárias para a competitividade no mercado mundializado e financeirizado”.

Conforme dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em 2010 (no último Censo Demográfico publicizado), o município possuía Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) igual a 0,780, o que o classifica como um município com Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799).

Em relação à organização da rede de saúde, o município de Franca vincula-se à Rede Regional de Atenção à Saúde 13 (RRAS 13), Departamento Regional de Saúde, que contempla os municípios de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto (Prefeitura de Franca, 2022).

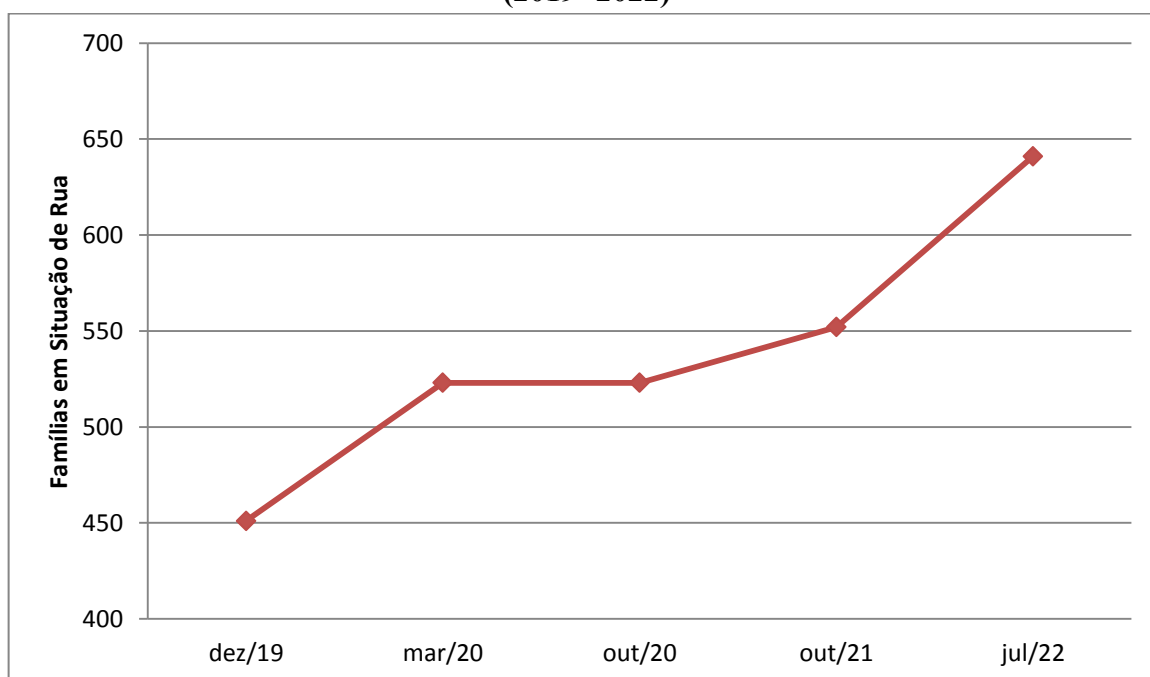
Apresentadas as características mais gerais no universo da pesquisa, a próxima seção expõe as particularidades do fenômeno PSR nesse universo.

4.2 População em Situação de Rua em Franca/SP

Nesta seção serão apresentados dados em relação ao perfil da população em situação de rua no município de Franca/SP. Como já abordado, existe uma lacuna de dados oficiais no cenário nacional, ante a não inclusão desse segmento no Censo Demográfico.

Recorre-se à base de dados do governo federal CECAD para apresentar o perfil da população em situação de rua inserida no Cadastro Único para Programas Sociais. A presente pesquisa objetiva trazer uma análise do fenômeno social da PSR no contexto pandêmico. O gráfico a seguir apresenta uma série histórica em relação ao quantitativo de famílias em situação de rua cadastradas no município de Franca, tendo como referência os anos 2019, 2020, 2021 e 2022. Optou-se por iniciar no ano 2019 para a análise do número de famílias cadastradas antes da Emergência em Saúde Pública em decorrência do coronavírus e do consequente aumento nos anos seguintes, após ter sido decretada em 2020 a pandemia.

Gráfico 14 – Famílias em Situação de Rua inseridas no Cadastro Único em Franca/SP (2019- 2022)



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Cecad (2023).

O gráfico mostra que em dezembro de 2019 estavam cadastradas no CadÚnico 451 famílias em situação de rua. Em março de 2020, quando foi decretado o Estado de Emergência em Saúde Pública em decorrência da pandemia da Covid-19, o município tinha 475 famílias em situações de rua cadastradas. Em outubro do mesmo ano, observa-se um

aumento importante para 523 famílias cadastradas. Em um ano (outubro de 2021), esse número subiu para 552, e em 2022 esse número seguiu crescendo, com maior registro em julho de 2022: 641 famílias em situação de rua cadastradas no município de Franca/SP. Assim, observa-se um crescimento de 2019 a 2022 de 42,12% na população em situação de rua neste município.

Dois aspectos merecem destaque nesses dados. O primeiro é o agravamento do fenômeno social População em Situação de Rua em decorrência da imbricação entre a crise estrutural do capital e a crise sanitária, e o consequente acirramento das expressões da questão social. O aumento dessa população no município de Franca está em consonância com os dados e as estimativas, a nível nacional, que já foram abordados no Capítulo 1 deste estudo. A Nota Técnica nº 103/2023, publicada pelo Ipea e de autoria de Marco Natalino, atestou que em março de 2020 existiam 214.451 pessoas em situação de rua no Brasil e em 2022 essa estimativa cresceu para 281.472.

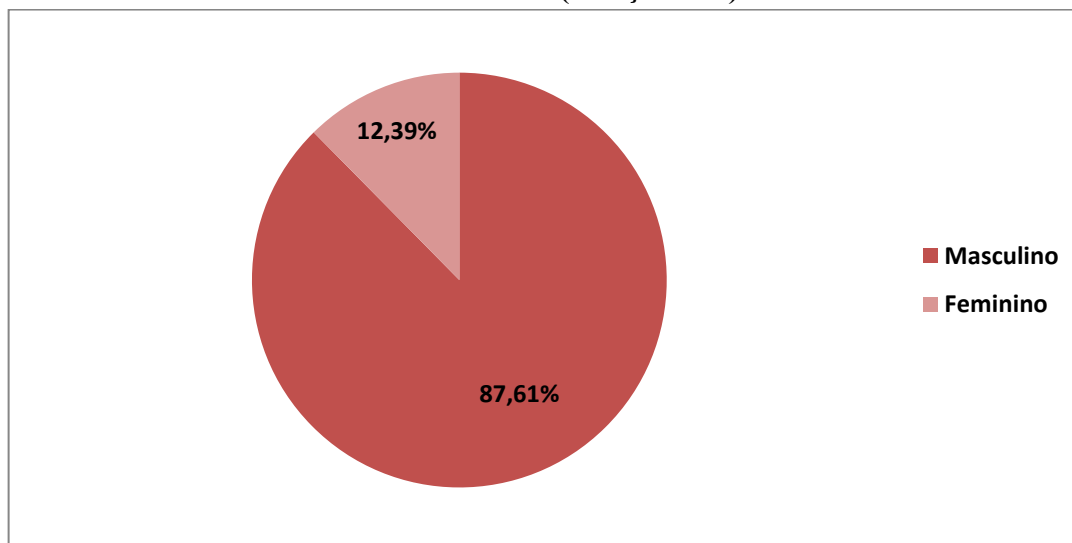
O segundo aspecto que é importante destacar, ainda em consonância com a Nota Técnica nº 103/2023, é que foi verificado que em função dos protocolos de prevenção contra a Covid-19 houve uma mudança na rotina dos serviços socioassistenciais, com restrição dos atendimentos seguindo os critérios de isolamento social, o que pode explicar o fato que em 2020 e 2021 houve um menor número de pessoas inseridas no Cadastro Único.

Ademais, a pandemia evidenciou a importância e a necessidade de cadastramento das pessoas em condição de vulnerabilidade social, uma vez que um dos critérios para acessar o Auxílio Emergencial era estar na base de dados do CadÚnico e atender aos critérios de renda, o que possivelmente despertou, tanto nos usuários quanto nos profissionais, a compreensão desse aspecto burocrático para o acesso aos benefícios sociais. Isso possivelmente contribuiu para o aumento da inserção de pessoas em situação de rua no Cadastro Único.

Com base em dados mais atuais, com referência no mês de março de 2023, existem no município de Franca/SP, 646 pessoas em situação de rua, sendo 566 do sexo masculino, o que corresponde a 87,61%, e 80 do sexo feminino, que contabiliza 12,39%.

O gráfico que segue evidencia esses dados:

Gráfico 15 – Pessoas em Situação de Rua inseridas no Cadastro Único, por sexo, em Franca/SP (março 2023)



Fonte: Dados extraídos do Cead (mar. 2023). Elaborado pela autora (2023).

Os dados em relação à variável sexo das pessoas em situação de rua no município de Franca/SP seguem basicamente o mesmo percentual quando comparados com os dados da população em situação de rua inserida no Cadastro Único a nível nacional (Capítulo 1).

Considerando a variável faixa etária das pessoas em situação de rua do município de Franca/SP, observa-se uma prevalência de pessoas adultas em idade dos 40 aos 59 anos, o que corresponde a 51,86%, seguida de 41,96% na faixa etária dos 18 aos 39 anos.

A tabela 8 a seguir evidencia esses dados:

Tabela 8 – População em Situação de Rua inserida no Cadastro Único de acordo com faixa etária em Franca/SP (2023)

Faixa Etária	Número de PSR	Porcentagem por faixa etária (%)
0-15 anos	2	0,30
18-39 anos	271	41,96
40-59 anos	335	51,86
60-64 anos	26	4,02
65 anos ou mais	12	1,86
Total	646	100

Fonte: Cead (mar. 2023). Elaborada pela autora (2023).

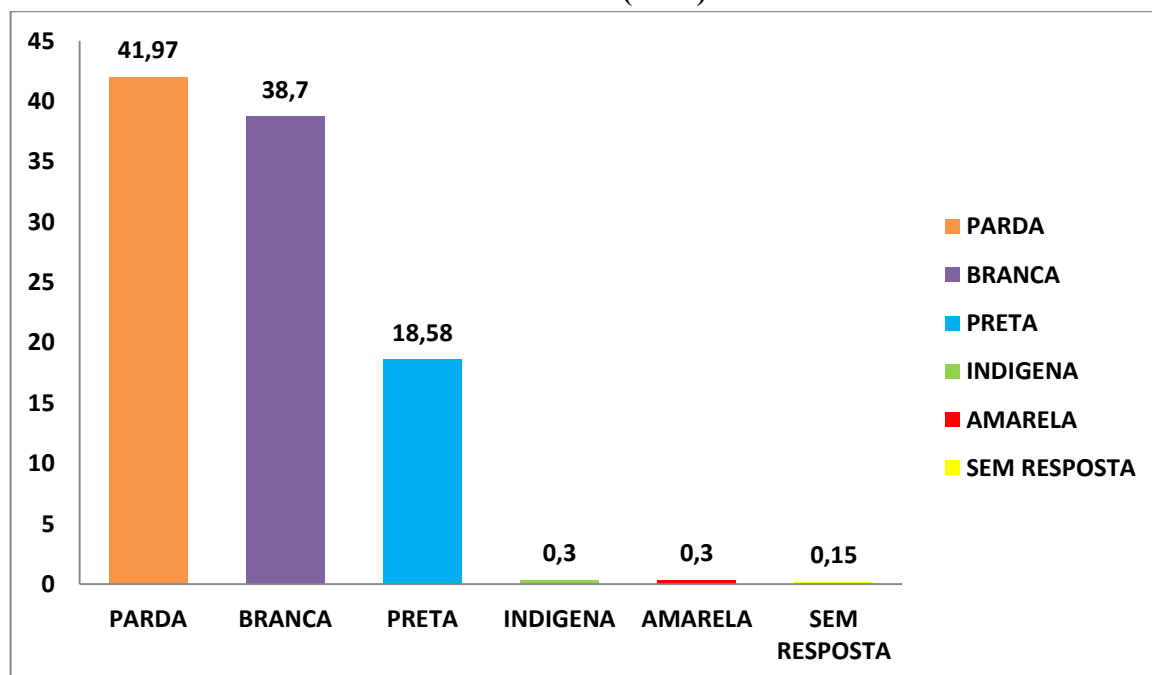
Há um percentual baixo de crianças/adolescentes em situação de rua na cidade. Sabe-se que a Regulamentação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por meio da Lei 8.069/1990, contribui para esse percentual, tendo em vista os serviços de acolhimento destinados a essa faixa etária, assim como se tem um percentual baixo de idosos em situação

de rua, uma vez que essa faixa etária conta com mais serviços de acolhimento na rede de serviços socioassistenciais.

A rua não constitui a única alternativa; quando se compara com a população adulta, o percentual é ainda menor para as pessoas maiores de 65 anos de idade, uma vez que nessa faixa etária a pessoa em situação de vulnerabilidade social que não possui condições próprias econômicas e sociais de ter suas necessidades básicas supridas ou de tê-las supridas por suas famílias, tem direito a acessar o Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário mínimo (R\$ 1.320,00 – referência maio/2023). O acesso ao benefício contribui progressivamente para o processo de saída das ruas, já que os idosos, ao terem acesso a uma renda mínima, conseguem alcançar outros direitos sociais como a moradia.

Considerando a variável raça/cor, tem-se que 271 pessoas em situação de rua no município de Franca/SP se autodeclararam pardas, o que corresponde a 41,97%. Dessas, 88,2% são do sexo masculino e 11,8% são do sexo feminino, 250 se autodeclararam brancas 38,70%, dos quais 89,6% são do sexo masculino e 10,4% do feminino; 120 se autodeclararam pretos 18,58%. Desses, 83,3% do sexo masculino e 16,7% do sexo feminino. O gráfico 16 a seguir expõe esses dados:

Gráfico 16 – Pessoas em Situação Rua inseridas no Cadastro Único por Raça/Cor em Franca/SP (2023)



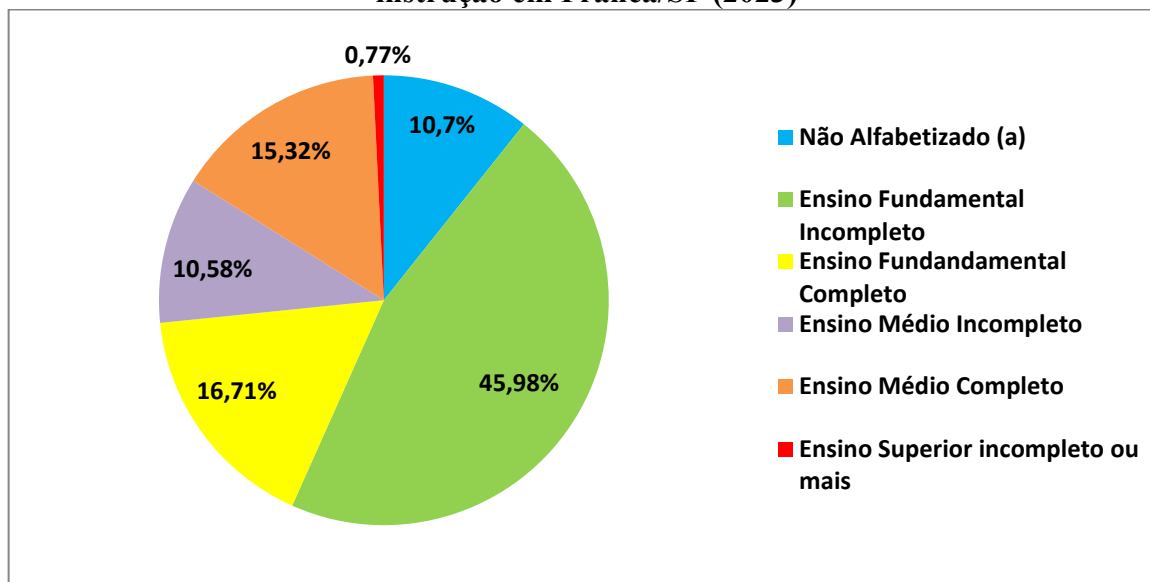
Fonte: Extração de dados do Cecad (mar. 2023). Elaborado pela autora (2023).

É possível identificar que essa população é composta na maioria de pessoas pardas que, somadas aos pretos, correspondem a mais de 60% da população em situação de rua no município – dado corroborado na Pesquisa Nacional 2007/2008.

Em relação ao grau de instrução (escolaridade), os dados extraídos do Cadastro Único demonstram que 297 pessoas possuem Ensino Fundamental incompleto, o que corresponde a 45,98%, 108 possuem Ensino Fundamental completo 16,71%, 99 têm Ensino Médio completo 15,32%, 69 não são alfabetizadas(os), o que corresponde a 10,68%, 68 têm Ensino Médio incompleto 10,52% e apenas 5 referiram Ensino Superior incompleto ou nível maior de escolaridade, o que corresponde a 0,77%.

O gráfico que segue evidencia tais dados:

Gráfico 17 – Pessoas em Situação Rua inseridas no Cadastro Único por grau de instrução em Franca/SP (2023)



Fonte: Dados extraídos do Cead (mar. 2023). Elaborado pela autora (2023).

No que se refere à inserção da população em situação de rua no mercado de trabalho em Franca/SP, chamam atenção duas variáveis que são consideradas na base de dados do Cadastro Único. A primeira é a inserção da pessoa em atividade remunerada nos últimos 12 meses. Considerando essa variável associada às variáveis sexo e pessoa em situação de rua, tem-se que 434 pessoas declararam que nos últimos 12 meses **NÃO** exerceram atividade remunerada, o que corresponde a 67,2% da população; desses, 85,95% são do sexo masculino e 14,05% do sexo feminino. Em contrapartida, 210 declararam que **SIM**, exerceram atividade remunerada nos últimos 12 meses, o que corresponde a 32,5% da população; desses, 90,96% são do sexo masculino e 9,04% sexo feminino. Dois cadastrados não informaram.

A segunda variável que é importante apresentar para a discussão da inserção da PSR no mercado de trabalho é em qual tipo de vínculo empregatício a pessoa se insere. Entre as opções do Cadastro Único estão: trabalhador por conta própria (bico, autônomo); trabalhador temporário em área rural; empregado sem carteira de trabalho assinada; empregado com carteira de trabalho assinada; trabalhador doméstico sem carteira de trabalho assinada; trabalhador doméstico com carteira de trabalho assinada, trabalhador não remunerado; militar ou servidor público; empregador, estagiário, aprendiz, sem resposta.

Com base no levantamento de dados das PSRs inseridas no Cadastro Único no município de Franca/SP e considerando as opções acima, tem-se que 95 pessoas, o que corresponde a 14,7%, estão cadastradas como trabalhador(a) por conta própria (bico, autônomo), um como trabalhador não remunerado e 550 cadastros estão sem resposta para esse item.

Diante desses dados, duas análises precisam ser aventadas: a primeira em relação à dificuldade de inserção dessa população em trabalhos formais com registro em carteira, sendo esse um elemento central que contribui para a utilização das ruas como espaço de sobrevivência. Outro ponto importante é a dificuldade que ainda se tem de considerar esses cidadãos como trabalhadoras(es), haja vista que as atividades nas quais se inserem em sua maioria não são reconhecidas como trabalho, devido à informalidade.

Como apontam estudos e pesquisas a exemplo da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2007/2008), apesar de não conter dados atualizados, demonstrou que em sua maioria as pessoas em situação de rua se inserem como trabalhadores(as) informais, desenvolvendo atividades como: coleta de materiais recicláveis, “flanelinha”, trabalho em construção civil, limpeza, carregador/estivador (Brasil, 2009).

Além disso, chama atenção nos dados relacionados à inserção da PSR no mercado de trabalho, o número de cadastros sem resposta. Não se pode deixar de mencionar a falha que possivelmente existe no preenchimento desses dados, que perpassa pela compreensão do que se considera como atividade produtiva e trabalho pelos trabalhadores responsáveis pela inserção dos dados, o que resulta muitas vezes em concepções de preconceito. Assim, ao se deparar com a situação de rua, já se exclui a possibilidade de se estar diante de um(a) trabalhador(a).

Oliveira (2020), em sua dissertação de mestrado, apresentou dados importantes sobre o perfil da população em situação de rua atendida no Centro Pop de Franca/SP e observou que em relação ao mercado de trabalho, as atividades não remuneradas e os trabalhos informais

assumem o papel de subsistência destas pessoas. “Entre as atividades mais comuns encontramos: catadores de materiais recicláveis, chapa, flanelinha, vendedor ambulante, ajudante de pedreiro e serviços gerais.” (Oliveira, 2020, p. 91).

Em síntese, a população em situação de rua de Franca/SP é composta de maioria de pessoas do sexo masculino, com prevalência na faixa etária dos 40 aos 59 anos, com maior número de pessoas que se autodeclararam pardas e com baixo nível de escolaridade. Há o predomínio de pessoas que possuem ensino fundamental incompleto e é possível identificar um importante processo de exclusão desse segmento das relações formais de trabalho.

Apresentados os dados gerais do perfil da PSR no município Franca/SP, evidenciam-se os serviços e as políticas de atenção direcionadas a esse segmento, e, sobretudo, quais ações e protocolos foram adotados em âmbito municipal na pandemia da Covid-19.

Considerando a rede de serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) do município de Franca, podem-se destacar equipamentos que compõem a Rede de Proteção Social Especial, os quais se inserem nos serviços de média e alta complexidade, conforme dispõe a Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, do Conselho Nacional de Assistência Social (Brasil, 2009 b).

O quadro 9 que segue apresenta os serviços socioassistenciais específicos para o atendimento da PSR em Franca/SP:

Quadro 9 – Serviços Socioassistenciais de Atendimento à População em Situação de Rua no município de Franca, por complexidade

Proteção Social Especial	Equipamento Socioassistencial	Número de Vagas	Ano de Implantação
Média Complexidade	Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop)	Não limitado	2013
	Serviço Especializado de Abordagem Social	50 atendimentos dia	2021
Alta Complexidade	Abrigo Provisório	48	2014 ¹⁹
	Casa de Passagem	40	2018
	Serviço de Acolhimento Noturno (pernoite)	40 vagas/ noite	2021

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Prefeitura Municipal de Franca (2023, *on-line*).

¹⁹ O equipamento Abrigo Provisório existe em Franca/SP desde a década 1970; antes vinculado a entidades filantrópicas e administrado pela Fundação Espírita Judas Iscariotes, passou por diversos momentos entre gestão pública e a de instituições do terceiro setor, mas só se constituiu como serviço vinculado ao Sistema Único de Assistência (SUAS) e a Secretaria de Ação Social em 2014 (NEVES; LIPORONI, 2018, p. 95).

Entre os serviços socioassistenciais mencionados, apenas o Centro Pop conta com gestão municipal; os demais serviços são executados pela Organização da Sociedade Civil (OSC) Pastoral do Menor e Família da Diocese de Franca (Pamen).

Ressalta-se que dois serviços foram criados durante a pandemia da Covid-19 (2021). A esse respeito, faz-se necessário resgatar o Plano Municipal de Contingência e as ações que foram previstas para a PSR.

Os dados em relação ao contágio e mortalidade em decorrência da Covid-19 em Franca/SP revelam que o município contabilizou 1.320 óbitos (dado obtido em 3 de junho de 2023), sendo a maior taxa de mortalidade no ano de 2021 (BRASIL, s.d., *on-line*).

Em 27 de março de 2020, a Prefeitura de Franca publicou o “Plano de Contingência do Município de Franca para Infecção Humana pelo novo coronavírus – Covid-19”. O documento traz de forma específica para a PSR a proposta de uma Ação Protetiva Intersetorial, coordenada pela Secretaria de Ação Social e executada de forma conjunta com a Secretária de Saúde e Segurança Pública (Prefeitura de Franca, 2020).

O anexo II do documento, que trata da PSR, trouxe como primeira orientação para o Abrigo Provisório e Casa de Passagem “que não ocorram novos acolhimentos neste período de emergência, visando preservar a saúde e vida dos acolhidos e trabalhadores” (Prefeitura de Franca, 2020).

Em relação aos atendimentos no Centro Pop, o documento apresentou a seguinte decisão:

Objetivando evitar aglomeração de pessoas e a garantia do direito de acesso aos mínimos: alimentação, banho e higiene, acesso às orientações preventivas da saúde e encaminhamentos adequados, descentralizamos o atendimento desta população para o Parque Fernando Costa. (Prefeitura de Franca, 2020).

O serviço que contava como uma sede específica, porém com espaço pequeno considerando os protocolos sanitários de distanciamento, precisou migrar para um espaço mais amplo, contudo, sem nenhuma estrutura física capaz de comportar as necessidades do trabalho realizado. Além disso, o documento previu que as ações fossem desenvolvidas de modo intersetorial, a serem executadas da seguinte forma:

Os trabalhadores da Assistência Social oferecem café da manhã, marmiteix, espaço para banho, uso de sanitários e entrega de kits de higiene. No próprio local, trabalhadores da Saúde realizam orientações, oferecem materiais de prevenção e identificam possíveis sintomas do vírus, encaminhando para o Pronto-Socorro direcionar os demais encaminhamentos, seja medicação ou indicação para isolamento ou quarentena. Os trabalhadores da Guarda Civil Municipal oferecem apoio e vigilância durante o período das ações. (Prefeitura de Franca, 2020).

O trabalho de Conclusão de Curso de Aline Cristina da Silva contém reflexões importantes acerca dessa medida emergencial de mudança do local de atendimento do Centro POP, com as quais o presente estudo tem concordância. A autora evidenciou o quanto a escolha do local, a princípio o Parque Fernando Costa, contribuiu para o sucateamento do serviço, uma vez que não foi considerada a estrutura de modo a atender às necessidades tanto das(os) usuárias(os) quanto das(os) trabalhadoras(es). O espaço físico não contou com salas específicas de atendimento individualizado, tampouco com um local apropriado para alimentação e guarda de pertences das(os) usuárias(os) (Silva, 2022).

As atividades permaneceram nesse espaço improvisado de março até abril de 2020; em maio de 2020, o Centro POP passou a funcionar, ainda de maneira improvisada, no Ginásio de Esportes “Demétrio Soares”. Devido às condições insalubres para as(os) trabalhadoras(es) e à falta de estrutura para o atendimento adequado das(os) usuárias(os), as atividades foram suspensas de agosto a outubro de 2020 (Silva, 2022).

Esse cenário de improvisos só se alterou com a mudança de gestão que assumiu no ano seguinte (2021). A publicação do documento “Ações para atendimento às pessoas em Situação de Rua de janeiro a agosto de 2021”, publicado pela Secretaria de Ação Social de Franca (SEDAS), revela mudanças na perspectiva de atenção a essa população. Em março de 2021, dado o cenário de agravamento do fenômeno população em situação de rua em decorrência da pandemia, foi publicado pela SEDAS o Edital de Chamamento Público Emergencial para a implantação dos Serviço de Abordagem Social, com a meta de cinquenta atendimentos/dia, e para a implantação do Acolhimento Noturno, com capacidade de quarenta acolhidos/noite (SEDAS, 2021b).

Após o resultado do Chamamento Público, foram implantados em maio de 2021 os dois serviços a partir da assinatura do Termo de Colaboração e do Contrato com a OSC selecionada (Pastoral do Menor e Família da Diocese de Franca). É importante ressaltar a transferência da responsabilidade estatal na condução desses serviços ao estabelecer parcerias e passar a gestão para Organizações da Sociedade Civil (OSCs). É histórico o processo das políticas e serviços destinados à PSR vinculadas às instituições do terceiro setor, visto que ao estabelecer parcerias, o serviço passa a compor a rede de proteção social do SUAS. Entretanto, não se pode deixar de fazer a defesa da diretriz organizativa que estabelece a “primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo” (Brasil, 1993).

Conforme consta em documento publicado pela SEDAS, antes da implantação dos

referidos serviços foi realizada, com base na Lei Municipal Complementar nº 206/2012, que trata da necessidade da aplicação de Estudo de Impacto de Vizinhança (EIV) para instalação de empreendimento em área urbana, uma pesquisa com os moradores do bairro Vila Formosa a fim de identificar previamente a opinião pública sobre a instalação dos serviços voltados à população em situação de rua na referida localidade. Além dos serviços de acolhimento noturno e abordagem social, no mesmo espaço também foi instalado o Centro POP.

Duas empresas foram contratadas para esse fim. A pesquisa realizada pelas empresas Kratos Creatio Consultoria em Políticas Públicas e Datalink Pesquisa e Mercado e Opinião foi realizada entre os dias 30/3/2021 e 5/4/2021, junto a quatrocentas residências e 34 estabelecimentos comerciais, aleatoriamente (SEDAS, 2021a). O objetivo era avaliar a transferência dos serviços para o endereço situado à Rua Coronel Tamarindo, nº 2.851, na Vila Formosa, na cidade de Franca, num prédio público que foi concedido para a instalação dos serviços.

A pesquisa de opinião pública realizada com os moradores da localidade escancarou o preconceito existente em relação à não aceitação dessa população, enquanto sujeitos que têm o direito de estar e viver no espaço urbano.

Conforme os dados dessa pesquisa realizada pela prefeitura em relação à percepção da instalação dos serviços no bairro, 74,9% consideraram negativa, 22,8% consideraram positiva e 2,3% não manifestaram opinião.

Questionados acerca dos impactos positivos e negativos causados pela instalação do Centro Pop na Vila Formosa, dada a multiplicidade de respostas de um mesmo entrevistado, 63,3% relatam que haverá aumento de roubos, furtos e assaltos no bairro. Outros 40% mencionaram aumento do número de pedintes que já ficam circulando no bairro; 33% entendem que aumentará a sujeira e a poluição visual no bairro, 23,3% opinam que atrapalhará o atendimento dos clientes, 20% que aumentará o número de drogados e bêbados no bairro, 16,7% acham que esse público desrespeita e xinga as pessoas, 13,3% que o público causa brigas, discussões, barulho e anarquia, 13,3% que praticam vandalismo e quebram coisas, 6,7% geram medo e insegurança entre moradores e clientes, 6,7% invadem casas e lojas para dormir, 6,7% desvalorizam os imóveis do bairro e 6,7% acreditam que em vez de dar as coisas, é preciso arrumar trabalho para esse público. (SEDAS, 2021a).

Esses dados desvelam os estigmas e preconceitos vivenciados pela população em situação de rua. Observa-se a opinião majoritária de que a instalação dos serviços traz impactos negativos. No entanto, o fenômeno enquanto expressão da questão social se manifesta cotidianamente nos centros urbanos, e não é possível ocultar as condições insalubres e precárias de vida que o próprio sistema gera. Esses sujeitos podem ser

invisibilizados, mas jamais serão invisíveis.

É inaceitável que o maior problema a ser considerado se relacione com a “poluição visual” que a população em situação causa no bairro, como se esses sujeitos tivessem de ficar escondidos. É cruel que isso esteja em discussão, quando na verdade o que deveria ser colocado em questão são as relações estruturais e sociais que levam pessoas (seres humanos) a utilizar as ruas como espaço de sobrevivência. Quais condições objetivas são ofertadas a essa população para a superação do desemprego, da fome e para que possam acessar os direitos sociais, sobretudo de moradia?

A discussão central não deveria passar pela questão estética, ou pelo preconceito dos argumentos que os colocam como pessoas perigosas; são questionamentos anteriores que devem suscitar indignação. É grotesco pensar no egoísmo que se sobrepõe às relações humanas: não importa a fome, o desemprego, as desigualdades sociais; importa o incômodo com a vida considerada “inapropriada” por manchar a reputação do bairro. É a desumanidade que grita a cada avançar da individualidade exacerbada pelo neoliberalismo e em nome do Estado penal alimentado pelo neoconservadorismo, que cria e recria um sistema capitalista excludente, capaz de culpabilizá-los pelas misérias e considerá-los indignos de estar no e pertencer ao espaço urbano.

Com a realização desse Estudo de Impacto de Vizinhança, o parecer da SEDAS, mesmo com um maior índice de reprovação dos moradores do bairro, foi favorável à instalação dos serviços na localidade, justificado com o respaldo nas legislações que reconhecem a responsabilidade do Poder Executivo Municipal de prover atendimento aos munícipes, em cumprimento das normas constitucionais e da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Entre outras justificativas, está o agravamento do fenômeno como consequência da pandemia da Covid-19, o que demandou a ação municipal e a implantação de serviços socioassistenciais direcionados a esse segmento (SEDAS, 2021a).

A Secretaria de Ação Social, articulada com as demais políticas públicas, resolve implantar no prédio próprio municipal localizado à Rua Coronel Tamarindo, nº 2.851, Vila Formosa, na cidade de Franca, os serviços socioassistenciais: Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, ofertado pela unidade pública estatal Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop; Serviço Especializado em Abordagem Social e Serviço de Acolhimento Institucional, para Pessoas em Situação de Rua, na modalidade Abrigo. (SEDAS, 2021a).

Desse modo, no dia 19 de maio de 2021, a Prefeitura de Franca anunciou o início das atividades do Programa Dignidade, que é constituído pelas três frentes de atendimento: Centro

Pop, Acolhimento Noturno e Abordagem Social, todos com sede no mesmo espaço físico. O Serviço de Abordagem Social tem como objetivo realizar a busca ativa das PSRs nos territórios, realizar as orientações necessárias e, quando possível, encaminhar as(os) usuárias(os) para o Espaço Dignidade, para atendimento no Centro Pop e Acolhimento Noturno.

Ainda recuperando a discussão sobre o direito da PSR de ocupar a cidade e o espaço urbano, traz-se a recente Lei nº 14.489, de 21 de dezembro de 2022, que altera a Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001 (Estatuto da Cidade), para vedar o emprego de técnicas construtivas hostis em espaços livres de uso público, conhecida como Lei Padre Júlio Lancelotti:

Art. 2º A política urbana tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e da propriedade urbana, mediante as seguintes diretrizes gerais:

[...] XX - promoção de conforto, abrigo, descanso, bem-estar e acessibilidade na fruição dos espaços livres de uso público, de seu mobiliário e de suas interfaces com os espaços de uso privado, vedado o emprego de materiais, estruturas, equipamentos e técnicas construtivas hostis que tenham como objetivo ou resultado o afastamento de pessoas em situação de rua, idosos, jovens e outros segmentos da população. (Brasil, 2022).

Essa lei vem de encontro à defesa do direito da PSR de acessar o espaço público. São observadas nas cidades inúmeras formas de arquiteturas hostis e barreiras/grades em estabelecimentos privados e prédios públicos, para impedir que as PSRs entrem, ou os utilizem para descanso. Ações como essas e os resultados do Estudo do Impacto de Vizinhaça para a instalação dos serviços destinados às PSRs refletem o que Adela Cortina (2020) denomina de “aporafobia”, ou aversão ao pobre, a qual se dissimula nas seguintes justificativas: “haverá aumento de roubos, furtos, assaltos”, “aumentará a sujeira e a poluição visual do bairro”, “atrapalhará o atendimento dos clientes”, “aumentará o número de drogados e bêbados”, “desvalorizam os imóveis do bairro” etc.

A *aporafobia* é o desprezo pelo pobre, o rechaço a quem não pode entregar nada em troca, ou, ao menos, parece não poder. E por isso é excluído de um mundo construído sobre o contrato político, econômico ou social desse mundo de dar e receber, no qual só podem entrar os que parecem ter algo de interessante para dar em retorno (Cortina, 2020, p. 22).

Diante desse cenário, a PSR em Franca vivenciou momentos de instabilidade durante a pandemia da Covid-19, associada às dificuldades de instalação do Centro Pop devido à execução do serviço de forma improvisada, incapaz de atender às necessidades tanto das(os) trabalhadoras(es) quanto das(os) usuárias(os). Soma-se a essa questão a histórica

discriminação arraigada na concepção da maioria que não aceita dividir o espaço urbano com a PSR.

Há pesquisas e estudos que consideram que entre os direitos sociais, o acesso à moradia é primordial, uma vez que por meio deste é possível uma maior organização para os demais acessos. O modelo denominado *Housing First* foi adotado inicialmente em Nova Iorque, na década de 1990; no Brasil, o modelo ficou conhecido como “Moradia Primeiro” e começou a ser mais amplamente discutido em 2016.

Entre os princípios do Programa está o acesso imediato a uma casa, considerando a moradia como ponto de partida para um percurso de recuperação, autonomia e inclusão social, e o direito a uma habitação permanente e individualizada. Reconhece que as pessoas podem viver de forma independente, sem a obrigação de dividir o espaço com outras pessoas, como acontece em acolhimentos e albergues. É inquestionável que o acesso à moradia é o ponto de partida, mas a garantia de proteção social associa esse primeiro passo ao conjunto de outras políticas sociais de forma intersetorial (Brasil, 2019).

Em Franca, o projeto piloto de Moradia Primeiro teve início em 2021. Dados publicados pela SEDAS apontam que em dezembro de 2021, 53 pessoas em situação de rua foram contempladas nesse projeto: 15 são do sexo feminino e 38 do sexo masculino.

O presente estudo não tem como propósito aprofundar esse debate, tampouco dispõe de acesso a todos os elementos e dados necessários para uma análise mais acurada sobre os impactos e a efetiva implantação do projeto no município; a intenção é tão somente evidenciar os recursos, serviços, programas, projetos e políticas destinados à PSR no município (SEDAS, s.d., 2021c).

Ao se considerar as políticas e serviços voltados à PSR, tem-se a convicção de que se trata de ações pontuais, focalizadas, que objetivam ofertar assistência e amenizar situações de extremo abandono, mas de fato não alcançam as raízes estruturais do fenômeno.

Na pandemia houve a proposta de ampliação de mais dois serviços, implantados mais de um ano depois do início da emergência em Saúde Pública (maio de 2021). O contexto da pandemia exigiu ações/protocolos emergenciais, todavia a defesa que se faz é que para além de serviços emergenciais em momentos de calamidade pública, é preciso avançar em políticas efetivas para essa população. Ressalta-se que a proteção social, sobretudo num contexto de pandemia, envolve o acesso a um rol amplo de direitos sociais, todos previstos no art. 6º da Constituição Federal de 1988: “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a

assistência aos desamparados”.

Apresentado o panorama mais geral da PSR em Franca e os serviços socioassistenciais direcionados a esse segmento, as próximas seções mostram de forma mais específica os dados coletados na pesquisa de campo e trazem a perspectiva das(os) usuárias(os) e das(os) trabalhadoras(es) do Consultório na Rua de Franca.

4.3 Estratégia Consultório na Rua de Franca: cenário da pesquisa de campo

A Pesquisa de campo foi desenvolvida no Consultório na Rua de Franca/SP, após a autorização da Secretaria de Saúde do município (Anexo B) e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, sob o CAAE 60912122.0.0000.5408 (Anexo C).

Com o propósito de apresentar os dados obtidos, será detalhado o caminho metodológico que possibilitou os encontros e aproximações da pesquisadora com o cenário e os participantes da pesquisa.

Após as devidas autorizações éticas, foram feitos contatos via telefone da pesquisadora com a coordenação e com membros da equipe do Consultório na Rua a fim de agendar o melhor dia e horário para a apresentação do Projeto de Pesquisa.

O primeiro contato presencial aconteceu no dia 30 de novembro de 2022, às oito horas, na sede do CnR. Estavam no serviço a coordenadora, a assistente social, a psicóloga e a auxiliar de enfermagem. Foi apresentado o projeto de pesquisa e os objetivos, além de ter sido acordado sobre a melhor forma de execução das entrevistas tanto com as(os) trabalhadoras(es) quanto com as(os) usuários(as). A pesquisadora ressaltou o caráter voluntário de adesão e participação nas entrevistas e o compromisso ético de resguardar o sigilo em relação à identidade dos participantes.

Os encontros posteriores se deram nos meses de dezembro/2022, janeiro e fevereiro/2023, totalizando sete encontros da pesquisadora no cenário, momentos em que acompanhou a rotina de atendimentos da eCR. Nesse contexto, foram realizadas as abordagens e convites para a participação na pesquisa. A próxima seção detalha como ocorreu a aproximação com as(os) usuárias(os) e apresenta o perfil das(os) entrevistadas(os).

Houve uma receptividade acolhedora da equipe, que se colocou à disposição para auxiliar no processo da pesquisa. Nesse primeiro momento, também foram apresentadas a dinâmica do serviço e a forma de organização dos atendimentos, divididos por regiões do

município, com a abordagem da população em pontos estratégicos, onde há maior circulação de pessoas em situação de rua.

É importante, antes de apresentar o funcionamento do CnR de Franca, expor como está constituída a rede de saúde no município. Conforme consta no Plano Municipal de Saúde (2022-2025), Franca conta com serviços de saúde de gestão pública (rede própria), com serviços contratados/conveniados e uma rede hospitalar privada.

O quadro que segue mostra a organização da rede de Saúde Municipal.

Quadro 10- Rede de Saúde de Franca/SP, conforme Plano Municipal de Saúde (2022-2025)

(continua)

REDE DE SAÚDE	SERVIÇOS
REDE PRÓPRIA	14 - Unidades Básicas de Saúde 14 - Estratégias de Saúde da Família 14 - Equipes de Atenção Primária 1 - Casa de Saúde da Mulher Francana 1 - Centro de Saúde 1 - Pronto Socorro Adulto 01- Pronto Socorro Infantil 2 - UPA's Jardim Anita e Aeroporto 1 10- Ambulatórios de Especialidades (Tuberculose, Hanseníase, Renais Crônicos, Gestante de Alto Risco, Criança de Alto Risco, Centro de Convivência do Idoso, Assistência Especializadas DST/AIDS, Casa do Diabético e Centro Oftalmológico) 1- Consultório na Rua 1- Ambulatório de Saúde Mental Adulto 1 - Ambulatório de Saúde Mental Infantil (NAIA) 1 - CAPS III 24h (Centro de Atenção Psicossocial) 1 - CAPS AD III 24h (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga) 1 - Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) 1 - Centro de Diagnóstico e Imagem (CDI) 1 - Laboratório Municipal de Análises Clínicas 1 - Odontomóvel 1 - Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-16) 1 - Serviço de Reabilitação Auditiva 1- Central de Regulação Médica das Urgências 4 - Unidades Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência (SAMU) 1- Central de Regulação Municipal 1- Serviço de Verificação de Óbito (SVO) 1- Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) 1- Serviço de Remoção Interna e Externa de Pacientes Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Sanitária e Ambiental) Farmácia de Manipulação
REDE CONTRATADA/ CONVENIADA	3 - Comunidades Terapêuticas (Narev, DeNovi e Amarja) 3 - Clínicas de Diagnóstico por Imagem (Nikkei, Magnemed e Clínica de Medicina Nuclear) 6- Laboratórios de Análises Clínicas (Dr. Alonso, Labcenter, Bioanálises, Central, Laborial e Santa Casa de Franca) 1 - Laboratório de Citologia (Patologia Soares) 1 - O2 Centro Hiperbárico 1 - Oftalmóvel 3- Clínicas Oftalmológicas (Elloclinic,W.I e Clínica de Correção da Visão)

Quadro 10- Rede de Saúde de Franca/SP, conforme Plano Municipal de Saúde (2022-2025)

REDE DE SAÚDE	SERVIÇOS (conclusão)
REDE CONTRATADA/ CONVENIADA	1- Hospital Especializado – Fundação Espírita Allan Kardec 1- Hospital Geral – Complexo Hospitalar Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca/Hospital do Coração/Hospital do Câncer (Gestão Estadual) 1 - Clínica Especializada em Terapia Renal Substitutiva (Clínica Nefrológica de Franca) Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – Apae 1 - Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual – CER II
REDE HOSPITALAR PRIVADA	Hospital São Francisco Unidade Regional de Franca/SP Hospital São Joaquim

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados do Plano Municipal de Saúde de Franca (2022-2025)

Na Rede de Saúde do município de Franca está o serviço específico direcionado à população em situação de rua – o Consultório na Rua, implantado em 2015, na modalidade III. Trata-se de um serviço vinculado à Política Nacional de Atenção Básica, que compõe a Rede de Atenção Psicossocial com o objetivo de proporcionar as pessoas em situação de rua o acesso às ações sociais e de saúde. A unidade móvel realiza os atendimentos de forma itinerante, desenvolve atuações na perspectiva da Redução de Danos, realiza ações intra e intersectoriais com vistas a uma atenção integral em saúde. A sede física está vinculada à Unidade Básica de Saúde (UBS) Estação Dr. Jarbas Spinelli (Prefeitura de Franca, 2022).

Em relação ao financiamento do CnR, a Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014, fixou o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades, valores que são repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde:

- I - para a eCR Modalidade I será repassado o valor de R\$ 19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais) por equipe;
 - II - para eCR Modalidade II será repassado o valor de R\$ R\$ 27.300,00 (vinte e sete mil e trezentos reais) por equipe; e
 - III - para a eCR Modalidade III será repassado o valor de R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por equipe.
- Art. 2º Os recursos orçamentários de que dispõe esta Portaria serão transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos de Saúde Municipais e do Distrito Federal. (Brasil, 2014).

O Relatório de gestão em 2021, publicado pela Prefeitura de Franca, apontou as despesas totais com saúde executadas com recursos próprios e com recursos transferidos de outros entes. A despesa com serviços da Atenção Básica foi de R\$ 72.502.221,83 (setenta e dois milhões, quinhentos e dois mil, duzentos e vinte e um reais e oitenta e três centavos)

(Prefeitura de Franca, 2022, p. 40). Ressalta-se que o CnR é um equipamento de Atenção Básica.

O mesmo relatório também apresenta dados do total de recursos advindos de transferência da União para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – Coronavírus (Covid-19) no ano de 2021: R\$ 25.380.006,15 (vinte e cinco milhões, trezentos e oitenta mil, seis reais e quinze centavos). Considerando esse recurso, a Atenção Básica teve uma Despesa Empenhada com a pandemia de R\$ 162.808,96 (cento e sessenta e dois mil, oitocentos e oito reais e noventa e seis centavos), mas grande parte do montante previsto para o enfrentamento da pandemia foi investido na Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

O relatório detalha o orçamento executado na saúde por segmentos, porém não explicita o quanto foi destinado para cada equipamento que compõe a Atenção Básica. Dessa forma, não foi possível ter acesso às informações sobre a destinação de recursos ao CnR, de modo que não é possível afirmar se o valor fixado na Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014, que deve ser de R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por equipe está de fato sendo destinado ao serviço.

Feita essa breve consideração acerca do financiamento, apresentam-se os aspectos organizacionais que estruturam o CnR do município de Franca. A equipe multiprofissional é composta por um assistente social, uma psicóloga, um enfermeiro, uma auxiliar de enfermagem, um auxiliar de saúde, uma médica, um motorista e uma coordenadora; ao todo, são oito profissionais.

O horário de funcionamento do serviço é de segunda a sexta, das 7h às 17h. Não há uma quantidade fixa predeterminada de atendimentos diários; isso varia conforme o território em que são realizadas as abordagens, o fluxo da população itinerante e a disponibilidade das(os) usuárias(os) de adesão ao serviço. Isso envolve não só a busca ativa que a equipe realiza, mas também a demanda espontânea das(os) usuárias(os) pela procura do atendimento, pois há um dia da semana reservado ao atendimento médico na sede física do CnR.

A equipe organiza previamente as regiões e os locais onde se farão os atendimentos. Em cada semana do mês, as atividades do CnR se concentram numa região, contudo, apesar de estar organizado o cronograma mês a mês, pode haver alterações caso apareça alguma demanda fora da região estabelecida na semana. Assim, não se trata de uma organização rígida, mas flexível, de modo a atender às necessidades e demandas tanto da equipe quanto das(os) usuárias(os).

Para evidenciar o formato dessa organização, dos atendimentos da eCR por regiões do município, o quadro 11 a seguir apresenta a sistematização a que a pesquisadora teve acesso no mês de janeiro de 2023.

Quadro 11 – Organização dos locais de atendimento do Consultório na Rua de Franca por regiões e semanas (janeiro de 2023)

Semanas do mês	Regiões	Bairros/locais
Primeira	Sul	Bairros: Zanete; Santa Rita; Ângela Rosa; Aeroporto 1, 2, 3; Jardim Alvorada Praças: Praça Castelo Branco; Praça Progresso; Outros locais: Passarela (Flórida); Auto Posto Major Nicácio; Proximidades do Cras Sul
Segunda	Oeste	Bairros: Jardim Santa Efigênia, Jardim Dermínio, São Sebastião, São Joaquim, Santa Helena, Santa Luzia Outros locais: Distrito Industrial, Av. Santos Dumont, Igreja São Judas, Ponte São Sebastião, Posto Franca Araxá, Bosque dos Angicos
Terceira	Norte	Bairros: Guanabara, Vila Exposição, Vila Formosa, Vila Imperador, Miramontes, City Petrópolis, Jardim Cambuí, Jardim Paineiras, Jardim Vera Cruz, Jardim Luiza 1 e 2, Leporace 1, 2 e 3, Jardim Redentor, Jardim Barão, Vila Gosuen Praça: Juventude Outros locais: Região Abrigo, Avenida Chico Júlio, Avenida José da Silva
Quarta	Leste	Bairros: Jardim Bueno, Jardim do Líbano, São Luiz, Brasilândia, Paulistano, Jardim do Éden, Jardim Riviera, Jardim Paulista Praças: Praça das Bandeiras, Praça da República, Praça São Luiz, Praça Senac, Praça João Mendes Outros locais: Rodoviária, Av. Brasil, Capelinha, Caixa d'Água, Rua Minas Gerais
Quinta	Central	Bairros: Cubatão, Dom Pedro Praças: Praça Barão, Praça Nossa Senhora da Conceição, Praça Carlos Pacheco, Praça 9 de Julho, Praça Angicos, Praça Barão de Luca, Praça Ana Nicácio, Praça Sabino Loureiro (Estação), Praça 1º de Maio Outros locais: Av. Frei Germano, Pontes: <i>Shopping</i> (passarela), Av. Ismael Alonso (Viaduto Dona Quita, Posto Beira-Rio), Av. Hélio Palermo

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base nos dados da pesquisa de campo (jan. 2023).

Essa organização tem como objetivo alcançar todas as regiões do município, pelo menos uma vez no mês os locais mencionados recebem a visita da eCR. As (Os) profissionais salientaram que devido à maior circulação de PSR, em alguns pontos específicos são desenvolvidos mais atendimentos e visitas nessas localidades, com destaque para duas regiões

em que os atendimentos acontecem com mais frequência: Região Norte, onde se localiza o Abrigo Provisório, a Casa de Passagem (Vila Gosuen) e o Centro Pop (Vila Formosa); e a Região Central, local mais movimentado, com a presença de estabelecimentos comerciais e maior circulação de pessoas, que possibilita maiores recursos à PSR, se considerado o exercício de atividades informais.

Nas datas em que a pesquisa de campo aconteceu, foi possível acompanhar os atendimentos da eCR nas duas regiões mencionadas: Região do Centro Pop (Vila Formosa) e Região Central: Praça Sabino Loureiro (Estação), onde foram realizadas as abordagens e entrevistas com as pessoas em situação de rua.

A próxima seção apresenta como ocorreu a aproximação da pesquisadora com os participantes da pesquisa e as principais observações que os encontros suscitaram.

4.4 Histórias entrelaçadas: vínculos afetos e encontros.

A primeira etapa da pesquisa de campo consistiu na apresentação do projeto de pesquisa para a eCR, o que ocorreu no dia 30/11/2022, na sede física do CnR. Na segunda etapa, a pesquisadora passou a acompanhar a rotina dos atendimentos nas ruas, os quais possibilitaram as abordagens das PSRs participantes da pesquisa, nos dias 16/12/2022 e 5/1/2023 – na Região Central, Praça Sabino Loureiro, e nos dias 12/1/2023, 19/1/2023 e 26/1/2023 – Bairro Vila Formosa – Região Centro Pop. A terceira etapa ocorreu na sede física do CnR com a realização das entrevistas com as(os) profissionais, no dia 9/2/2023.

A pesquisa de campo teve como propósito identificar as ações integras em saúde desenvolvidas pela eCR, considerando o contexto da pandemia de Covid-19 a partir da percepção tanto das(os) usuárias(os) quanto das(os) profissionais.

A escolha das(os) participantes da pesquisa seguiu os seguintes critérios de inclusão: pessoas em idade adulta (18 anos ou mais), de ambos os sexos, em situação ou vivência de rua no município de Franca/SP há três anos ou mais (a escolha do tempo em situação de rua deveu-se ao objetivo do estudo de coletar informações acerca do período de pandemia), e que vivenciaram a situação de rua nos anos 2020 e 2021 – cenário de pandemia. A eCR auxiliou nesse processo ao apontar participantes que poderiam contribuir com os objetivos da pesquisa.

Buscou-se definir previamente o número de PSR a serem entrevistadas (dez), estabelecido no projeto de pesquisa enviado para a aprovação do CEP. Contudo, é importante

salientar que sempre foi aventada a possibilidade de alterações no decorrer do processo, uma vez que o número de entrevistados numa pesquisa qualitativa não constitui o elemento central.

Para Minayo (2017), na pesquisa qualitativa deve-se considerar a qualidade da aproximação com o objeto pesquisado e a compreensão das diversas dimensões que compõem sua totalidade. Já o número de pessoas entrevistadas não encontra lugar de destaque. Em contrapartida, para definir uma amostra com qualidade, o pesquisador precisa ter a certeza de que encontrou uma lógica interna no seu objeto de estudo, que exprima as conexões e interconexões do objeto pesquisado.

Essa autora considera “que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo” (Minayo, 2017, p. 10).

Dadas as concepções apresentadas pela autora em relação à abordagem qualitativa, no presente estudo não houve rigidez quanto ao quantitativo preestabelecido de entrevistas. Utilizou-se a técnica de inclusão progressiva dos participantes, conforme as informações e observações obtidas no próprio campo. Ao todo, a pesquisa contou com dezesseis participantes, sendo onze pessoas em situação de rua e cinco profissionais da eCR.

A escolha dessa amostra possibilitou alcançar os objetivos da pesquisa. As entrevistas dos diferentes sujeitos apresentaram similaridade e aspectos comuns quanto aos assuntos tratados. Minayo (2017, p. 4) menciona a importância de na escolha por uma amostra significativa “considerar um número suficiente de interlocutores que propicie reincidência e complementaridade das informações”.

Em relação ao perfil da população em situação de rua entrevistada, há seis pessoas do sexo feminino e cinco do sexo masculino, na faixa etária entre 24 e 51 anos. Quanto a raça/cor, cinco se autodeclaram brancas(os), três negras(os) e três pardas(os). Pouco mais da metade das(os) participantes são naturais do município de Franca/SP (seis pessoas, o que corresponde a 54,5% das(os) entrevistadas(os)). O tempo em situação de rua varia entre três e trinta e oito anos. Em relação à escolaridade, o nível de instrução que mais apareceu foi o Ensino Fundamental Completo. Em relação à inserção no mercado de trabalho, seis relataram exercer atividade informal/autônoma e cinco estão desempregados. Já 90,9% das(os) entrevistadas(os) informaram ter acesso ao benefício de transferência de renda, ainda o Auxílio Brasil à época da pesquisa (dezembro/2022, janeiro e fevereiro/2023).

O quadro 12 a seguir sistematiza o perfil das pessoas em situação de rua entrevistadas:

Quadro 12 – Perfil das Pessoas em Situação de Rua participantes da pesquisa de campo

Entrevistada/ o	Sex o	Idade	Raça/Cor	Escolaridade	Inserção no mercado de trabalho	Tempo em Situação de Rua	Acesso aos Benefícios Sociais
1	M	51	Negro	Fundamental Completo	Pintor informal	5 anos	Aux. Brasil
2	F	39	Parda	Fundamental Incompleto	Desemprego	3 anos	Aux. Brasil
3	M	43	Negro	Fundamental Completo	Pintor informal	20 anos	Aux. Brasil
4	F	52	Parda	Fundamental Incompleto	Artesanato	38 anos	Aux. Brasil
5	F	37	Negra	Superior Incompleto	Faxineira	3 anos	Aux. Brasil
6	M	40	Branco	Médio Completo	Garçom (informal)	3 anos	Aux. Brasil
7	M	51	Branco	Fundamental Completo	Material reciclável	5 anos	Aux. Brasil
8	F	35	Parda	Fundamental Completo	Desemprego	21 anos	Aux. Brasil
9	F	36	Branca	Não alfabetizada	Desemprego	4 anos	Aux. Brasil
10	M	31	Branco	Médio completo	Desemprego	6 anos	Não tem acesso
11	F	24	Branco	Médio Incompleto	Desemprego	4 anos	Aux. Brasil

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2023).

Nas entrevistas com a equipe do Consultório na Rua, houve a participação de cinco profissionais: assistente social, psicóloga, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde, todos servidores públicos efetivos. O tempo de atuação na equipe varia de seis meses para a profissional que está há menos tempo, a dez anos com a participação da profissional que vivenciou o processo de implementação do serviço CnR no município.

As entrevistas com os diferentes profissionais tiveram como propósito compreender o trabalho multiprofissional realizado. Optou-se por trazer para a pesquisa a voz de todas(os) as(os) trabalhadoras(es) que demonstraram interesse em participar, considerando igualmente importantes as contribuições de cada profissão na composição da equipe e tendo em vista que mesmo as(os) trabalhadoras(es) com menos tempo de atuação lidam com os impactos e as refrações do período de pandemia.

Utilizou-se como técnica a entrevista semiestruturada, elaborada a partir de dois roteiros, com questões abertas. O primeiro (**Apêndice A**) direcionado à População em

Situação de Rua, organizado em cinco eixos: a identificação (idade, raça/cor, naturalidade, escolaridade, inserção no mercado de trabalho); a vivência na rua (tempo em situação de rua, vínculos e motivos que conduziram a situação de rua); o acesso aos benefícios sociais (documentação e acesso a benefícios de transferência de renda); o direito à saúde (doenças/problemas de saúde, uso de medicações diárias, serviço que procura quando necessita de atendimento, percepção quanto à qualidade dos atendimentos em saúde no município de Franca); e o contexto de pandemia da Covid-19 (como foi vivenciar esse período, mudanças na rotina, acesso aos equipamentos de proteção individual e vacinação).

O segundo instrumental (**Apêndice B**) foi direcionado à equipe do CnR, estruturado também em cinco eixos: a identificação (cargo e função que ocupa na equipe, formação, tipo de vínculo empregatício, tempo que atua na equipe); ações desenvolvidas pelo CnR (objetivos, perspectiva de redução de danos, trabalho multiprofissional, abordagem da população, desafios no trabalho realizado); o acesso da população aos serviços de saúde (dificuldades e resistências); as ações intersetoriais e intrasetoriais; o contexto de pandemia da Covid-19 (percepção quanto aos impactos para a população em situação de rua, interferências desse período na rotina do serviço). O tempo médio de duração das entrevistas variou de vinte a trinta minutos.

Optou-se pela técnica de entrevistas com questionário aberto, para propiciar maior profundidade e liberdade nas respostas, o que possibilitou incluir novos questionamentos importantes aos objetivos da pesquisa, que surgiram no processo de interlocução entre a pesquisadora e as(os) participantes. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra após a concordância e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Anexo A**) pelas(os) participantes.

Em relação às entrevistas, Minayo (2017) considera que quando se entrevista uma pessoa que pertence a um determinado segmento, ela expressa ao mesmo tempo um discurso que é pessoal, mas que traz dimensões do coletivo. Nesse sentido, as falas de todos precisam ser valorizadas e interpretadas a partir das conexões estabelecidas com os aspectos culturais, sociais e históricos que perpassam suas vivências e contribuem para a construção das percepções e modos de vida na interlocução com o coletivo.

A fala de cada um deve ser valorizada, mas não de forma absoluta, uma vez que o sujeito não se esgota na conjuntura em que vive e nem sua ação e pensamento são meros frutos de sua vontade, personalidade e desejo. Sua narrativa precisa ser balizada pelo pensamento dos outros, pois é também reveladora do grupo em que está inserido e de seu tempo histórico onde sua singularidade está entranhada de cultura. (Minayo, 2017, p. 3).

A presente pesquisa apresenta a fala dos participantes acerca dos assuntos abordados e as interpreta à luz dos conhecimentos teóricos explicitados ao longo deste estudo. Conforme Rodrigues e Fernandes (2020), para a compreensão da realidade sobre o fenômeno população em situação não basta apenas a coleta dos discursos dos informantes, uma vez que a pessoa em situação de rua não está isenta do aparato ideológico dominante e por vezes tende, como parte da sociedade em que se insere, a reproduzir discursos engendrados de dominação social. Desse modo, as falas dos participantes devem ser analisadas e interpretadas considerando as mediações teóricas e históricas que balizam este estudo.

No que concerne aos princípios éticos da pesquisa, a identidade dos participantes será preservada. Para a população em situação de rua, serão utilizados nomes fictícios²⁰; as (os) profissionais serão identificadas(os) por numeração, sem mencionar a profissão, uma vez que a equipe do CnR é composta por um profissional de cada área, sendo facilmente reconhecida(o), se identificada a profissão.

A aproximação da pesquisadora com as(os) usuárias(os) ocorreu durante a rotina de atendimentos do Consultório na Rua. A abordagem era realizada pela equipe como de costume e, em seguida, a apresentação da pesquisadora, com uma breve explicação dos objetivos das entrevistas. A pesquisadora buscava um local com menos circulação de pessoas para iniciar a gravação.

No dia 16 de dezembro de 2023, iniciou-se o processo das entrevistas que aconteceram na Região Central – Praça Sabino Loureiro (Estação), por volta das nove horas da manhã. A equipe informou que a abordagem é feita apenas com os que estão acordados. Muitos estavam dormindo em bancos ou no coreto da praça, e por esse motivo não foram abordados. Dada a rotina das pessoas em situação de rua, que passam muitas vezes as noites em claro para vigiar os pertences, ou por insegurança não dormem à noite e quando o dia amanhece é que conseguem descansar, a equipe obviamente respeitou essa particularidade e, quando possível, retornou em outros horários para realizar as intervenções.

²⁰ Alguns dos nomes fictícios: Pedro Bala, João Grande, José (o Professor), Almiro, Zequinha, Dora, Aninha e Dalva foram escolhidos tendo como referência os personagens que compõem a obra de Jorge Amado “Capitães da Areia”, publicada em 1937, que conta a história de crianças e adolescentes (em sua maioria, meninos) em situação de rua na cidade de Salvador. Trata-se de um romance que apresenta uma importante crítica social e evidencia as relações de desigualdade social, preconceitos e racismo daquele tempo. Denuncia a exposição das crianças às situações de risco, pois elas não contavam com referência familiar. Algumas eram órfãs, outras foram abandonadas ou fugiram de suas casas por situações de violências e abusos, e passaram a fazer das ruas o espaço de sobrevivência. Considera-se a analogia com o tempo presente dos que vivem nas ruas e lidam cotidianamente com os inúmeros preconceitos de classe, raça e que são culpabilizadas(os) e marginalizadas(os) pela sociedade devido às condições de pobreza e miséria. Por isso se buscou referência nesse grande clássico da literatura brasileira. Ressalta-se que serão utilizados apenas os nomes dos personagens, portanto, as pessoas entrevistadas não guardam semelhanças com as características dos personagens (Amado, 2009).

Foi avistado um grupo de pessoas que conversavam no meio da praça; com a aproximação da equipe logo explicitaram as diversas demandas e questionamentos em relação a benefícios sociais e sobre o atendimento médico. As orientações foram realizadas pela equipe e logo após a pesquisadora apresentou os objetivos do estudo. Prontamente duas pessoas demonstraram interesse em participar, momento em que foi encontrado um banco mais distante do espaço movimentado e teve início a primeira entrevista.

João Grande, homem negro, alto, 51 anos de idade, sorridente e divertido, natural de Franca/SP, trabalha como pintor de forma autônoma, sem vínculo formal, em situação de rua há cinco anos. Conta que durante esse tempo tem oscilado entre moradias irregulares e a vivência na rua. Apresentou como principal motivo para a situação de rua a dependência de álcool e drogas, que, por consequência, levou ao rompimento dos vínculos familiares, considerando melhor o distanciamento da família para não causar problemas e sofrimentos.

É pai de um rapaz e de uma menina que foi levada para o serviço de acolhimento logo que nasceu, sendo posteriormente adotada. Ao falar sobre isso, o sorriso marcante cede lugar a um semblante triste. Descreve o dia em que escolheu o nome dela e conta com entusiasmo o quanto sonhava em ser pai daquela menina, que ele nunca mais viu. Do filho, refere ter um imenso orgulho; este herdou a profissão dele. Teve notícias de que está bem. Demonstrou felicidade ao falar sobre isso, mas afirmou que não tem buscado restabelecer vínculos, para não atrapalhar a vida do filho.

Eu procuro evitar tá perturbando ele, ele tem a casa dele, tem a moto dele, trabalha, graças a Deus. Eu me orgulho muito disso; eu ensinei ele a trabalhar com pintura, ele é pintor também. Então tá bom pra mim, tá de bom tamanho. (**João Grande**).

Rosa, 39 anos, mulher forte e decidida, que prontamente se voluntariou para participar da pesquisa. Natural de Franca, em situação de rua efetivamente há três anos, mas com vivência de rua há mais tempo, tinha uma casa em bairro mais distante do Centro e passava o dia na rua na região central, onde realizava atividades informais como ambulante. Às vezes retornava à sua casa ao final do dia, outras vezes dormia de forma improvisada na região central. Conta que após uma ação criminosa e violenta do ex-marido, que ateou fogo na casa que a mãe dela deixou de herança, passou a ficar mais na rua. Da casa restou apenas o terreno e escombros.

Relatou que por vezes retorna e dorme no que restou da casa. A situação de rua foi motivada pelas inúmeras violências sofridas. Ela apontou o uso do álcool como a principal dificuldade de superação da situação. Em relação aos vínculos familiares, contou que a família reside toda em Franca/SP, mas os vínculos são fragilizados; tem dois filhos: um

menino já adulto e uma menina de 11 anos, que está sob os cuidados e a guarda de familiares.

Cuidam dela, é melhor, né? Porque o jeito que tô vivendo aqui, pra ficar comigo não tem como... Me mostram fotos dela, mas não tenho contato. **(Rosa)**.

José (o Professor), 43 anos, natural de Franca/SP, homem negro, está há vinte anos em situação de rua. Tem como profissão a pintura, mas após se acidentar em atropelamento em que quebrou o tornozelo, está desempregado. A equipe do CnR realizou a busca ativa dele para entregar o agendamento de um exame solicitado em consulta médica; era necessário avisá-lo sobre a data: seria no dia seguinte. José foi apontado pela equipe como um importante participante para a pesquisa, devido ao tempo de vivência nas ruas. Realizou-se o convite e ele aceitou cordialmente.

Contou que passou a viver nas ruas após perder os pais, ainda jovem; estava desempregado e se viu desamparado, sem condições de custear um local de moradia. Nas ruas, começou a fazer uso excessivo de álcool, estabeleceu relacionamentos afetivos e se casou por duas vezes, momentos em que conseguiu ter moradia, mas devido à dependência do álcool sempre voltava a ficar nas ruas. Atualmente não possui nenhum vínculo familiar. Relatou que os vínculos se constituíram com os colegas e companheiros das ruas.

No dia 5 de janeiro de 2023, segundo dia da pesquisadora no campo, a equipe indicou uma participante para a pesquisa com uma história de vida muito marcante e com potencial de contribuir para a pesquisa. Ela conseguiu há dois meses fixar-se numa moradia e continuava a ser acompanhada de perto pela eCR. Foi previamente agendada uma visita domiciliar.

Aninha tem histórico de vivência de rua desde os 14 anos de idade. Atualmente, com 52 anos, é dona de uma irreverência ímpar e de uma alegria e luz que contagiam. A casinha simples tem na fachada a identidade e o aconchego que a fala dela transmite. Mostra-se grata pela nova fase que se abriu em sua história. Recebeu a equipe como quem recebia uma visita muito querida e esperada; o entusiasmo e a alegria do encontro contagiaram. A equipe cuidou logo de entregar um presente para compor sua casa nova; emocionada, agradeceu com carinho o aparelho de jantar que recebeu. O encantamento fazia brilhar os olhos; a decoração da casa carregava muito da sua história e evidenciava um posicionamento político marcado.

Contou que o que a levou à vivência nas ruas desde muito cedo foi a violência doméstica sofrida ainda na infância pelo padrasto. Descreveu como se sentia desprotegida ante os adultos cuidadores. Decidiu então, aos 14 anos, sair da cidade natal no estado de Goiás para viver de cidade em cidade. Desde então não possui vínculos familiares, que foram se

convertendo em novos vínculos em cada canto que passou. Viveu por muitas vezes em situação de rua ao longo da vida e relatou as dificuldades de se fixar em trabalhos, em razão de questões de saúde mental. Nesse caminhar se descobriu como artista manual e fez do artesanato a principal fonte de tranquilidade e renda. O sonho de ter uma moradia sempre a acompanhou.

Gente, minha vida é um milagre, é um milagre atrás do outro. Tem dias que eu tô lá fora varrendo, eu paro e penso: tá na hora de agradecer. Largo tudo, venho aqui dentro e agradeço: obrigado, Deus, por eu ter uma vassoura, um quintal, um chão pra varrer, entendeu? É muita gratidão. **(Aninha)**

Em 12 de janeiro de 2023, terceiro dia de entrevistas, a pesquisadora acompanhou a equipe em um dia de atendimento médico no bairro Vila Formosa, região do Centro Pop. A Unidade Móvel fez aos poucos uma fila se formar; a equipe cuidou de organizar os atendimentos por ordem de chegada. Nesse momento foram feitas as abordagens e os convites para a participação na pesquisa.

Dora, 37 anos, mulher negra, em situação de rua há três anos, sorridente e alegre, chegou tirando sorrisos de toda a equipe e das(os) colegas que aguardavam na fila. Vaidosa, com seus óculos escuros, externou preocupação com outras pessoas que julgou terem necessidade de estar na fila para consulta médica, mas que não estavam. Passou pelo atendimento médico e posteriormente aceitou gravar a entrevista.

Contou que é natural de São Paulo e começou a cursar Psicologia, mas precisou interromper após descobrir a gravidez do primeiro filho, aos 21 anos de idade. No primeiro relacionamento, teve quatro filhos, e devido às questões financeiras não conseguiu retomar os estudos. Relatou que a sua experiência nas ruas se iniciou a partir de um relacionamento afetivo com um homem que residia no interior de São Paulo. Foi então que saiu da capital com os filhos para residir no interior do estado com o companheiro. Em pouco tempo de convivência percebeu que se tratava de um relacionamento abusivo, com um homem muito violento. Como estratégia de fuga dessa relação, encontrou nas ruas a primeira saída.

Contou que o Conselho Tutelar ameaçou realizar o acolhimento dos filhos em razão da condição de rua e foi então que estabeleceu contato com o pai das crianças, para que elas pudessem ficar mais protegidas. Atualmente residem com o genitor, e ela mantém contato via telefone, mas informou que esconde a realidade que vivencia tanto dos filhos quanto da família que tem em São Paulo. Mencionou os inúmeros esforços que tem feito para se inserir no mercado de trabalho. Encontrou como opção faxinas como diarista. Pretende juntar dinheiro para alugar uma casa e então manter um contato mais próximo com os familiares.

Um trecho da entrevista com Dora descreve como são os contatos com a família:

Ele não sabe que eu estou em situação de rua; na realidade, meus filhos não sabem [...]. Esses dias minha mãe me ligou e disse: “Filha pelo amor de Deus, você tá na rua?”. Eu falei: “Não, mãe, eu não estou na rua”. Não menti porque eu estou na calçada, não tô na rua. Eu não falei pra minha mãe, eu não comentei a respeito do assunto. Eu tenho fê que vou conseguir alugar agora uma casinha (**Dora**).

Pedro Bala, 40 anos, está há três anos em situação de rua. É natural de Franca/SP e apontou como principal motivação para a vivência na rua o rompimento dos vínculos familiares. Tem três filhos, que residem em outro estado, com os quais não mantém contato. A mãe, com quem tinha um contato mais saudável, faleceu; já com o pai e irmãos, que residem no município, não tem muita proximidade. Apontou o uso de substâncias como outra motivação para a situação de rua, mas relatou um controle maior sobre o uso, o que tem auxiliado no seu processo de organização. Trabalha atualmente em atividades informais: garçom e servente de pedreiro. Entrega currículos incansavelmente. Tem como objetivo conseguir uma moradia e está fazendo cursos técnicos no Senac para melhorar o currículo e se inserir no mercado de trabalho.

Almiro, 51 anos, natural de Franca, há cinco anos em situação de rua, relatou que a vivência de rua veio após uma separação conjugal. Não conseguiu lidar bem com o término do relacionamento e passou a fazer uso excessivo de substâncias psicoativas, o que o afastou dos familiares. Tem três filhos, com os quais não possui nenhum contato. Relatou que a mãe é a única pessoa da família com quem tenta estabelecer contatos telefônicos.

Em 19 de janeiro de 2023, quarto dia de entrevistas, a eCR programou uma atividade conjunta com outro equipamento de saúde, o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)²¹, realizada na sede do Centro Pop para as(os) usuárias(os). A roda de conversa teve como objetivo debater a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). A pesquisadora acompanhou a equipe na atividade e na ocasião fez alguns convites para a participação na pesquisa.

Daiga (nome escolhido pela entrevistada), 35 anos, em situação de rua desde os 14 anos, participava da atividade e observava atenta a discussão. Sempre fazia afirmações pertinentes, com uma fala inteligente e um olhar curioso que demonstrava querer saber mais. Ao final da roda de conversa, foi feito o convite para participar da pesquisa e explicados os

²¹ É um serviço público, previsto pelo Ministério da Saúde, que realiza aconselhamento e orientações voltadas para as IST, HIV, sífilis, hepatites B e C, bem como oferece testes rápidos para detecção destes agravos, resguardando o sigilo, a confidencialidade e o respeito às diferenças (Brasil, 2017).

objetivos. Ela prontamente aceitou. Questionou se poderia criar o seu nome fictício e solicitou que fosse conhecida como Daiga, por considerá-lo um nome bonito.

É natural de Franca/SP. Contou que desde a infância foi exposta a múltiplas violências; não conheceu o pai e é filha de mãe solo que sofria com o abuso de álcool e substâncias psicoativas. Foi levada à prostituição aos 13 anos, e aos 14 saiu de casa e passou a vivenciar a situação de rua. Nesse período foi submetida a trabalho forçado; como estratégia e em busca de proteção, procurou um relacionamento afetivo com a esperança de uma vida melhor, mas durante a sua trajetória se deparou com parceiros muito violentos. Teve três filhas, com as quais não conseguiu estabelecer nenhum tipo de contato; logo que nasceram, foram retiradas dela.

O olhar de Daiga é atravessado pela desesperança e pelo desafeto forçado e inegociável de uma mãe que não teve a chance de cuidar das filhas. Julga que as filhas se encontram em condições de vida melhor do que ela poderia ofertar.

Eu não tenho pra onde ir; família minha, eu não tenho contato. A minha irmã, não quero interferir na vida dela, porque ela é casada e tem três filhos. Como as minhas filhas são cada uma de um relacionamento diferente, estão criadas, estão bem, comem bem, vivem bem, têm dinheiro, têm escola, têm tudo. Pra elas tá tranquilo. Tenho saudade das minhas filhas? Não, porque eu nunca tive filhas pra mim.
(Daiga)

Maria, 36 anos, estava na Roda de Conversa. Animada, sorridente, questionadora e participativa, foi convidada a compor a pesquisa e prontamente aceitou. Contou que está em situação de rua há quatro anos e apontou como principal razão a dependência de substâncias psicoativas (crack). Está no acolhimento e participou das atividades junto com o parceiro; relatou se sentir mais protegida na companhia dele. Tem três filhas e um filho, com os quais não mantém contato; chorou ao lembrar-se deles. Confessou que foi impedida de estabelecer contato com as filhas de sete e nove anos, e falou com afeto dos momentos que passavam juntas. Demonstrou sentir culpa pelo afastamento das crianças e atribuiu ao vício a dificuldade de restabelecer os vínculos familiares. Falou do sonho e do desejo de reaproximação.

Em 26 de janeiro de 2023, quinto dia de entrevistas, a eCR realizou uma manhã de atividades no espaço físico do Centro Pop, com uma Roda de Conversa sobre saúde mental, em alusão ao movimento Janeiro Branco (campanhas voltadas ao cuidado em saúde mental). Após a realização da atividade, duas pessoas foram abordadas para participar deste estudo.

Zequinha, 31 anos, há seis anos em situação de rua, contou que é natural de Contagem/MG, mas reside em Franca/SP há 13 anos. É um jovem cheio de perspectivas, que deseja ter um futuro melhor, solicita apoio para conseguir uma vaga no cursinho pré-vestibular da Unesp, tem o sonho de cursar Física em uma Universidade Pública. Declarou que a situação de rua veio após desentendimentos no núcleo familiar e situação de desemprego. Perdeu a mãe aos sete anos de idade e desde então considera que teve pouco apoio de outros familiares.

Contou que pouco antes da pandemia havia conseguido um emprego como ajudante de motorista, estava começando a se reorganizar, mas com a pandemia foi demitido e voltou à situação de rua, está em busca de concretizar os sonhos e procura oportunidades no mercado de trabalho.

Dalva, 24 anos, há quatro anos em situação de rua, natural de Franca/SP, tem um olhar triste, mirando sempre para baixo. Participou da Roda de Conversa e dividiu com os participantes o quanto o contato com a filha lhe trazia bem-estar e o quanto as relações afetivas são imprescindíveis para a saúde mental. Disse que a situação de rua surgiu após ser exposta a uma situação de violência sexual, o que deu início ao uso de substância psicoativa (crack). A dependência levou à perda do emprego; trabalhava como vendedora, e sem condições financeiras passou a ter a rua como espaço de sobrevivência.

Em relação aos vínculos familiares, afirmou que está sem suporte. Tentou reaproximar-se, mas até o momento não conseguiu. A filha de seis anos reside com a família paterna em outro município; conversa com ela por telefone, e o sentimento de culpa é evidente. Emociona-se ao tratar do assunto.

Esses são os breves relatos da história de vida das 11 pessoas em situação de rua participantes desta pesquisa. As vivências relatadas compõem particularidades e singularidades em cada narrativa, ao mesmo tempo em que são repletas de aspectos comuns, a exemplo do rompimento dos vínculos familiares. A vivência de situações de violência na infância, na adolescência e na vida adulta atravessa a história de vida de todas as seis mulheres entrevistadas.

A ausência de moradia e de oportunidades no mercado de trabalho é comum nos relatos. O elemento que atravessa o discurso de um total de dez participantes é o uso de álcool e de outras drogas. Alguns descrevem a relação com a dependência química; outros relatos traduzem o sentimento de culpa, como se o uso estivesse vinculado à ausência de caráter ou à falta de força de vontade, o que causa um maior constrangimento e resistência na busca pelo

tratamento. Esse sentimento traduz os preconceitos e estigmas que a própria sociedade impõe por meio da concepção da responsabilidade individual e da culpabilização, o que contribui para o sentimento do não merecimento de cuidado ou tratamento.

4.4.1 Acesso ao direito à saúde

A presente seção apresenta os dados coletados nas entrevistas com base nos seguintes questionamentos direcionados à PSR: tem algum problema de saúde? Faz uso de medicação de forma regular? Quando precisa de atendimento em saúde costuma procurar qual serviço? O objetivo é mostrar como se dá o acesso dessa população à rede de serviços de saúde que compõe o SUS no município de Franca/SP.

Além disso, a seção apresenta a percepção das(os) profissionais do CnR em relação aos entraves para que a PSR tenha acesso aos serviços de saúde, e as estratégias utilizadas para a vinculação com a população usuária, com ênfase às ações de redução de danos.

O quadro 13 a seguir expõe os principais problemas de saúde relatados pela PSR e a relação com tratamentos de saúde de forma continuada e/ou o uso de medicações regulares.

Quadro 13 – Condições de Saúde informadas pelas (os) participantes da pesquisa e a relação com o uso de medicações e tratamentos contínuos

(continua)

Nomes	Condição de Saúde informada	Tratamentos Contínuos
João Grande	Cardíaco/hipertenso	Fazia uso de quatro medicações controladas; há um ano parou o tratamento por conta própria.
Rosa	Anemia e dores musculares	Realizou o tratamento para anemia após internação hospitalar. Não está em tratamento para as dores musculares.
José (Professor)	Neurológico e pinos na perna (após atropelamento)	Fazia uso de medicações para a questão neurológica (crises convulsivas); atualmente não está em tratamento medicamentoso. Parou por conta própria.
Aninha	Transtorno mental	Iniciou tratamento psiquiátrico em 2004; atualmente faz uso do medicamento quando percebe piora. Não está em uso contínuo.
Dora	Não refere problemas de saúde	Realiza exames de rotina (ginecológicos) em UBS.

Quadro 13 – Condições de Saúde informadas pelas (os) participantes da pesquisa e a relação com o uso de medicações e tratamentos contínuos

(conclusão)

Nomes	Condição de Saúde informada	Tratamentos Contínuos
Pedro Bala	Asma/recente quadro de tuberculose	Foi encaminhado pelo Consultório na Rua para tratamento da tuberculose já concluído. Sem uso de medicação.
Almiro	Hérnia umbilical	Aguarda para a realização de cirurgia. Não está em uso de medicação
Daiga	Transtorno mental	Iniciou tratamento psiquiátrico no CAPS, com uso de medicações controladas. Interrompeu o tratamento há um ano
Maria	Transtorno mental/ Tireoide	Já esteve internada em hospital psiquiátrico. Após a alta não deu seguimento ao tratamento. Fazia uso de medicação para tireoide, mas após a situação de rua interrompeu
Zequinha	Não referiu problemas de saúde	Não está em uso de medicações
Dalva	Transtorno mental	Recebeu diagnóstico de transtorno mental. Iniciou tratamento psiquiátrico e participação em oficinas no CAPS. Fazia uso de medicações controladas, mas parou por conta própria há seis meses

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa de campo (2023).

A partir do quadro 13, identifica-se que dos entrevistados apenas dois declararam não ter nenhum agravo em saúde; os demais apresentam questões que suscitam acompanhamento regular. Entre os agravos mencionados, o que mais aparece são os transtornos mentais: quatro mulheres relataram diagnósticos que envolvem questões psiquiátricas. Como já abordado, a população em situação de rua, por todas as questões objetivas que enfrenta em relação à ausência de moradia (fome, frio, insegurança, medo, exposição às violências, rompimento de vínculos familiares), mostra-se muito vulnerável à incidência de transtornos mentais.

O uso de medicações controladas e a continuidade do tratamento são desafios que atravessam o cotidiano das pessoas em situação de rua. A ausência dos direitos sociais básicos, entre eles a moradia, potencializa a dificuldade de organização. Outra questão apresentada como motivação para a situação de rua foi o uso de álcool e outras drogas, mas ao serem questionados sobre condição e problema de saúde, nenhum dos entrevistados apontou a percepção do uso de álcool e substâncias psicoativas como uma questão de saúde, o que reforça a concepção da compreensão da questão como um problema individual.

Para Cristina Brites (2017), o consumo de substâncias psicoativas e os agravos que

decorrem dessa condição estão correlacionados com as determinações sociais que aprofundam as desigualdades sociais e incidem de forma diferenciada sobre a classe pobre. Há uma insuficiência de políticas públicas efetivas e de serviços nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) capazes de atender às demandas da população em suas especificidades. É importante ressaltar que a questão do uso de drogas por determinados segmentos é alvo de ações repressivas e violentas, que se evidenciam nas determinações de classe e étnico-raciais, contribuindo para o encarceramento e a criminalização da pobreza.

A fala a seguir evidencia o uso de álcool e drogas como subterfúgio para suportar as dificuldades que a realidade das ruas impõe:

Assim, eu bebo, né? É uma droga lícita, só que é droga, e fumo cigarro, que é lícita também. Então, quando eu tô dentro de casa eu normalmente não bebo, mas na rua é difícil você se manter na rua sem usar qualquer tipo de substância. Então eu bebo praticamente todos os dias, e fico um ou dois dias na semana sem beber. **(Dora)**

Outras falas expressam a relação com o uso de substâncias psicoativas:

Eu fumo crack, mas não sou aquele viciado nóia não; só quando eu tenho dinheiro. Na verdade, se eu tiver dinheiro, eu fumo logo cedo, não vou te mentir. Comecei com uns 12-13 anos, todo dia eu bebo. Droga não é todo dia que eu posso usar. **(João Grande)**

Faço uso de crack; o álcool eu bebo se eu fumar a pedra, mas eu tô parando. Faz cinco dias hoje que não uso nada. **(Almiro)**

Já as falas seguintes apontam duas mulheres que colocam como solução a internação para o tratamento do uso de substâncias psicoativas:

Olha, eu não tô dormindo aqui no acolhimento porque eu fumo crack. Às vezes eu fico muito doída, então eles não deixam eu entrar. Então tô dormindo na rua. Sabe o que eu queria fazer? Queria arrumar uma clínica para me internar. **(Daiga)**

Faço uso de crack e cigarro. Já cheirei, já injetei na veia, mas hoje é só o crack, o cigarro e a maconha. Tô querendo mesmo, é que eu não tô conseguindo, eu queria uma internação, eu quero e tô indo atrás. Até falei com a moça ali, ela falou pra eu tá indo para o CAPS **(Maria)**.

Considerando as narrativas, faz-se necessário pensar em dois aspectos relevantes: o primeiro é que nem todo uso de drogas pode ser interpretado/classificado como problemático; tampouco compõe o objetivo deste estudo discutir sobre o grau de dependência e as consequências do uso de drogas no cotidiano das(os) entrevistadas(os). Outro aspecto importante é que embora o uso de álcool e drogas seja disseminado, os estigmas e preconceitos não chegam a todas as classes sociais e atingem apenas a uma parcela determinada da sociedade. O segmento população em situação de rua é o alvo majoritário desses estigmas (Mendes; Chagas, Penna, 2020).

Termos como “guerra contra as drogas” e “epidemia do crack”, muito utilizados quando se trata da população de rua, são utilizados para justificar a violência social e legitimá-la perante a sociedade. Nesse sentido, é possível observar a reprodução de um Estado punitivo que visa ao encarceramento, controle e extermínio das classes mais pobres, colaborando com o estereótipo de inimigo comum para a sociedade. (Mendes, Chagas, Penna, 2020, p. 79).

Em relação aos relatos que apontam como alternativas as internações, isso conduz a refletir que apesar dos avanços em relação à já mencionada Reforma Psiquiátrica e à criação dos serviços substitutivos de saúde mental, ainda se observam investimentos a nível federal, estadual e municipal que contrariam os princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Uma delas é o investimento em comunidades terapêuticas para “tratamento” do uso de álcool e drogas.

Há um direcionamento do Fundo Público para financiar instituições, muitas vezes religiosas, que trabalham na perspectiva do proibicionismo, para atender a demandas que deveriam ser de responsabilidade das Políticas de Saúde Pública e que necessitam de uma rede psicossocial de cuidados. Esse modelo adotado pelas comunidades terapêuticas, baseado no fundamentalismo religioso, “[...] passa para o indivíduo a responsabilidade pelo sucesso ou fracasso do tratamento” (Mendes, Chagas, Penna, 2020, p. 86).

É premente o fortalecimento da perspectiva de redução de danos nos serviços de saúde, sejam eles CAPS, Consultórios na Rua ou equipamentos de Atenção Básica. Faz-se necessário envolver as(os) usuárias(os) no processo de tratamento, de modo que o modelo de abstinência não seja considerado como a única solução viável.

Os profissionais da eCR reafirmaram a redução de danos como o principal objetivo do trabalho no Consultório na Rua. Isso está para além da perspectiva vinculada apenas à questão do uso de substâncias psicoativas, pois são desenvolvidas ações de orientação, acolhimento e escuta, o que envolve também a articulação com outros serviços e outras políticas para possibilitar o acesso à alimentação e ao acolhimento.

A oferta do kit de higiene pessoal, embora não disponha de todos os itens necessários, possibilita a aproximação e o vínculo. Até o encerramento da pesquisa de campo, o kit de higiene era composto por: preservativo, lubrificante, máscara, saco de lixo, papel higiênico, aparelho de barbear, escova e pasta de dente. A equipe conta que o sabonete passou a compor o kit com a pandemia, mas há alguns meses a gestão não o repassa ao serviço.

A redução de danos avançou bastante. Ela não é só uma política, só de falar da seringa, do compartilhamento de seringa, de compartilhamento de cachimbo de uso

de substâncias, mas acho que ela amplia e vira uma postura do profissional. Eu vejo, por exemplo, o kit de higiene é uma postura de redução de danos; um dia ele vai poder lavar a mão, ele vai ter acesso a preservativo. Mas a redução de danos também é, por exemplo, um caso que atendemos de um usuário que tem diabetes já avançada e ele não quer de nenhuma forma fazer um tratamento. Tem questões psiquiátricas que também não quer tomar medicação, aí o que fazer pra esse caso? É vincular ele ao CAPS e estar vinculando às outras terapias. Ele não vai para o psiquiatra, então ele vai pra outras terapias. É tentar pensar a alimentação dele, garantir que ele consiga comer e não só o que vai piorar a diabetes dele. É tentar pôr ele dentro de uma moradia também, pra ter acesso e cuidar de outras coisas. Isso é redução de danos. É tentar pensar outras coisas e fluir junto com a pessoa, dentro daquilo que ela consegue **(Profissional III)**

Trata-se de um conceito amplo de cuidado em saúde que objetiva respeitar as decisões das(os) usuárias(os), como descreveu a profissional: “é fluir junto”, dentro das possibilidades da pessoa. A fala assevera que o acesso a condições objetivas como higiene, moradia e alimentação é um componente necessário da redução de danos.

Outra profissional observa que quando a equipe realiza atividades ou rodas de conversa, como as que aconteceram nos dias 19/1/2023 e 26/1/2023, estas são ações que perpassam pela redução de danos. Nesses dois momentos os participantes conseguiram ser ouvidos, tirar dúvidas, falar das experiências de vida, expressar o que entendiam por saúde mental. A roda de conversa possibilita o compartilhamento; não se trata de profissionais que detêm todos os conhecimentos e que estão ali para passar informações; vai além da simples orientação.

Em relação ao acesso aos serviços de Saúde, dos 11 entrevistados, seis relataram que quando precisam de atendimento procuram exclusivamente o CnR; duas mulheres afirmaram que além do CnR, acessam a Unidade Básica de Saúde para exames ginecológicos; um usuário, além do CnR, também acessa a Unidade Básica de Saúde; uma usuária referiu ter acesso ao CnR e ao Ambulatório Médico de Especialidade (AME); um usuário declarou que dificilmente procura atendimento médico, mas quando busca prefere ser atendido em cidade vizinha, por considerar o acesso menos burocrático.

O que ficou mais evidente em relação à busca por atendimento em saúde foi a percepção das(os) usuárias(os) sobre a facilidade de acesso ao Consultório na Rua, pela qualidade do atendimento ofertado pela equipe e pelo tempo de espera para serem atendidos.

Eu não vou a médico. Só aqui que eu venho porque essa doutora é legal e não demora muito. Então, quando eles vêm aqui (na região do Centro Pop) e quando eu vejo, eu passo em atendimento. **(Almiro)**

Entre Consultório na Rua e outros postos de saúde, eu acho que eles dão muito mais atenção pras pessoas em situação de rua. Fica mais fácil ter acesso. **(Pedro Bala)**

Outra questão que historicamente caracteriza a vivência da população é a busca de atendimentos em saúde apenas em situações de urgência/emergência, principalmente antes da implantação da Estratégia Consultório na Rua. Essa era uma realidade, conforme os dados do I Censo de Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (2007/2008), como consta em falas da presente pesquisa:

Quando preciso de atendimento de Saúde, além do Consultório eu procuro o Samu **(José, o professor)**.

O Consultório na Rua facilita o acesso, sabe por quê? O pessoal, como é usuário, é difícil sair daqui. Então assim, por mais que eles estejam doentes, eles não vão procurar, porque a droga é um vício e eles acham que se eles saírem, aí eles vão tá perdendo tempo, entendeu? Várias pessoas só saem daqui mesmo no Samu, na ambulância, bem no último momento mesmo **(Dora)**.

As falas evidenciam e reafirmam a importância do CnR como porta de entrada e acesso da população em situação de rua à política de saúde. Reforçam o quanto para algumas pessoas é difícil acessar serviços de prevenção para evitar outros agravos. Muitas vezes chegam ao limite de situações mais urgentes até procurar atendimento.

Os profissionais trouxeram importantes reflexões em relação ao direito da população acessar outros equipamentos de saúde e refletem sobre a compreensão distorcida de outros serviços da rede que consideram a PSR como público específico de atendimento só do CnR:

Na Saúde específico para a Pop Rua só existe o CnR, mas as pessoas devem circular em todos os serviços. Circulam bastante no CAPS ad, por exemplo. Que nem UBS, às vezes acha que só a gente vai atender, eles não querem atender as PSRs, então às vezes a gente recebe ligação de que “ah, tem um morador de rua aqui em frente, vocês não vêm atender”. E aí a gente tem de falar: “Olha, vocês também podem atender”. Pergunta o nome, aborda... **(Profissional III)**.

Outra profissional relata que mesmo com o tempo de funcionamento do CnR no município, ainda há um desconhecimento por outros serviços e profissionais da rede em relação à atuação da equipe. Ao longo do histórico os profissionais relataram sobre as várias atividades que foram feitas para apresentar os objetivos do trabalho, todavia ainda esbarram no desconhecimento.

Assim, Saúde é pra todos, independente se está em situação de rua ou não. Eles não têm que chamar o CnR para atender pessoa que está em situação de rua. Se vai um usuário que está na UBS, eles têm de atender e com dignidade. Mas não é o que acontece, eles ligam pra nós. E a gente é Atenção Básica, como todos sabem; na hora que encaminha, também não é bem-vindo. Vai fazer reunião com a UBS para falar sobre o funcionamento do CnR, eles não passam, não repassam para os funcionários. Então fica só com a pessoa que estava na reunião; então tem de repassar. Tanta gente não conhece a gente do Consultório na Rua até hoje; já tá há dez anos em funcionamento e não conhece quem é o CnR **(Profissional V)**.

Ainda considerando os entraves ao acesso da PSR aos serviços da rede de saúde, uma profissional refere as questões de preconceito que as(os) usuários(as) relatam: dificuldade de acessar os serviços por falta de endereço fixo, por exemplo, o que faz com que as pessoas procurem mais os serviços de Pronto Atendimento, que têm uma baixa exigência em relação a isso. Ademais, considera que ainda hoje a população procura os serviços em situações mais emergenciais, embora tenha se observado que isso vem se modificando.

Eu sei que tem profissionais da rede que vão olhar torto, que vão pedir pro outro colega atender porque não quer atender a PSR. Eu sei que existe a questão famosa do endereço, perguntar onde você mora. Isso é típico. Eu acho que tem melhorado, acho, vejo menos relatos, mas acontece, aí acaba que eles procuram a gente, ou os serviços da Assistência, ou o Pronto-Socorro. E eles acabam procurando mais em questões emergenciais, brigas; às vezes caiu, se queimou. **(Profissional III)**.

Diante do exposto e das falas e percepções tanto dos profissionais quanto dos usuários, considera-se o serviço CnR como imprescindível para que a população em situação de rua tenha uma porta de entrada de acesso à saúde. Trata-se de uma estratégia de cuidado necessária, que faz a diferença na vida daqueles que são atendidos. Isso é observado na fala de todos os 11 participantes da pesquisa, em relação ao tratamento digno e diferenciado que é ofertado.

Gosto do atendimento do Consultório na Rua. É ótimo me tratarem super bem, me tratam como uma mulher, como um ser humano **(Daiga)**.

Olha, o único serviço que eu achei bom, que eles assim me trataram como uma pessoa e não como uma qualquer, foi o Consultório na Rua. **(Maria)**.

Possibilitar o acesso da PSR à política de saúde, tendo como estratégia o Consultório na Rua perpassa pela efetivação da equidade, embora ainda o caminho para a materialização de uma atenção integral esbarre não só nas dificuldades de adentrar a outros equipamentos de saúde, mas principalmente se defronta com as dimensões estruturais e objetivas que se manifestam nas diversas expressões da questão social: fome, ausência de moradia e todas as violações de direitos que atravessam o próprio fenômeno população em situação de rua.

Considerando as narrativas e vivências na pandemia da Covid-19. As perguntas que nortearam a temática para a PSR foram: como foi e tem sido a vivência durante a pandemia? Houve alguma mudança na rotina? Recebeu Equipamentos de Proteção Individual? Foi vacinada(o) contra a Covid-19?

Já para os profissionais da equipe do Consultório na Rua, foram direcionadas perguntas em relação a como o cenário de pandemia interferiu nas atuações do serviço, se o período demandou a realização de novas ações e como foi realizada a vacinação.

Das 11 pessoas em situação de rua entrevistadas, 8 relataram momentos de insegurança e instabilidade (por medo de se contaminar e das várias mortes de que tinham notícias, perda de emprego etc.) e buscaram cuidados como o uso de máscaras. Outros três relataram que a pandemia não trouxe grandes impactos, dada a realidade difícil que já vivenciavam antes da pandemia.

As narrativas que seguem mostram essas percepções e os impactos que esse período representou:

Mudou muita coisa, porque eu tinha minha família na época. Aí assim foi a época que eu comecei a andar; aí quando eu comecei a andar, a pandemia veio e desandou tudo; aí perdi a mulher, perdi tudo. Foi a única época na verdade desse tempo que eu tô na rua, tipo assim, que tava tudo alinhado, aí na hora que foi pra ser, não foi. Eu e ela tava trabalhando, já tinha alugado a casa, tava já tipo assim com a limpeza pra levar os móveis, aí numa semana ela perdeu o serviço, aí fui aguentando, fiquei dois meses, aí eu fui perdi o emprego, aí você sabe, né, relacionamento e financeiro. Enfim foi desandando a ponto de perder tudo. **(Zequinha)**

Para esse participante, a pandemia trouxe o impacto financeiro após a perda do emprego. Ele estava passando por um momento de reorganização da vida antes da pandemia, em processo de saída das ruas, que foi interrompido devido ao cenário de instabilidade que se agravou com a crise sanitária instalada.

Mudou bastante, viu? Muita gente com Covid, o Centro da cidade tudo fechado, comércio, não tinha ninguém na rua. Ter que andar de máscara, eu ando até hoje com a minha máscara, tenho na minha bolsa. Eu fiquei com medo, fiquei sabendo de muita gente que morreu e tem quem não quer tomar injeção. **(Rosa)**

A fala de Rosa faz referência ao estágio da pandemia em que houve o fechamento dos estabelecimentos comerciais como medida de prevenção do contágio pelo vírus. Os impactos foram sentidos pela PSR que ocupa as regiões centrais com maior concentração e circulação de pessoas; esse fato se relaciona com estratégias que a PSR utiliza para a obtenção de recursos e para a própria sobrevivência. A baixa circulação de carros e pessoas impactou no desempenho de algumas atividades informais de sobrevivência.

Como forma de proteção em relação ao vírus, chamam atenção duas narrativas distintas em relação ao local onde buscaram ficar durante a pandemia: uma afirmou que considera que a falta de espaço físico na instituição de acolhimento trouxe mais risco de infecção do que ficar na própria rua, “ao ar livre”; em contrapartida, outra narrativa diz que

durante toda a pandemia optou por ficar em Acolhimento, utilizando equipamentos de proteção como máscara.

Então, a respeito da pandemia eu não fico dentro do Centro Pop, eu não durmo lá, eu não fico lá dentro, porque não tem muita estrutura, é um lugar fechado, um ambiente fechado e teve pessoas com Covid, e em vez deles isolarem as pessoas, eles deram só uma máscara para a pessoa, e a pessoa não usava direito a máscara, ficava com o nariz de fora e dormia do lado, todo mundo juntinho, tipo assim, não tem distanciamento. Então eu não almoço lá dentro, eu não durmo lá dentro, eu não fico dentro da Pastoral, eu prefiro ficar no ar livre **(Dora)**.

Com a pandemia, a primeira coisa que eu queria era me vacinar. Fiquei só dentro do Acolhimento, sempre me prevenindo, de máscara, porque no Acolhimento sempre chega pessoas de outros lugares **(Pedro Bala)**.

O que chama atenção numa das falas foram as dificuldades da instituição ter controle sobre as medidas de distanciamento social e de realizar o isolamento de casos positivos, tendo em vista que os espaços físicos das instituições obviamente não atendiam aos critérios necessários.

A equipe do CnR trouxe também a angústia em relação aos casos positivos de Covid-19 e o quanto os protocolos e fluxos não foram devidamente efetivados:

Na pandemia, a gente fez um fluxo porque a Secretaria pediu pra gente fazer um fluxo com o atendimento para a pessoa em situação de rua quando testasse positivo. A gente fez toda nossa parte, fez tudo bonitinho, saímos pra rua. Mas a Assistência tinha medo, eu acho que também por não entender, todo mundo sem entender o que realmente era a Covid no início, não chegavam nem perto. A gente já chegava, teve vezes de distribuir comidas na van, mas isso é do profissional, até entendo, tanto que a gente fez muito cadastro do Auxílio Emergencial do nosso telefone, usando a nossa internet, e eles não tinham contato com nada, nem com televisão. Então a gente passava tudo pra eles. E quando uma paciente nossa testou positivo, e aí o fluxo previa que a moradia teria de ser pela Assistência, tava tudo certo, mas aí não tinha pra onde essa usuária ir, não tinha porque eles questionaram que a Saúde deveria ter um lugar, mas deveria ter um técnico de enfermagem, um especialista, e não tinha gente pra isso, e não era o certo, porque assim se você fica isolado, você não fica com ninguém, só que teria que ter um lugar, mas nunca teve esse lugar pra eles. Teve agora, depois que amenizou, no abrigo que eles conseguem isolar um quarto lá, mas no auge da pandemia nunca teve. A gente tinha medo, como que ia testar, e não tinha lugar pra mandar, tanto que essa que a gente fez que deu positivo, ela tinha uma rede muito grande pra disseminar, porque ela fazia tudo, Estação, Centro, e a gente ficou apavorado. Como testar e fazer o rastreamento? Não tem como **(Profissional V)**.

Essa concepção é também compartilhada por outros membros da equipe:

Olha, o período de pandemia foi conflituoso porque a gente precisava testar os pacientes que tinham questões respiratórias ou apresentavam sintomas. Os casos que davam positivo, por protocolo era isolar, mas não tinha um local específico pra essa população ficar, tipo dava positivo, e aí? A casa do morador de rua é a rua, então não tinha um local no abrigo, no acolhimento noturno para isolar. Então assim ficou bem mal assistido. Mesmo dando positivo eles tinham de voltar pra rua, então eles acabavam ficando em convívio com outros, com o risco de estar passando para os demais **(Profissional II)**.

Os relatos revelam momentos de angústia e impotência da equipe ante a realidade e a ausência de protocolos efetivos para os casos positivos, preocupação que consta também no discurso de algumas pessoas em situação de rua participantes da pesquisa.

Ademais, observa-se o compromisso que a equipe assumiu em face das orientações, e a continuidade dos atendimentos, dado que, como já abordado, muitos equipamentos pararam de funcionar para o atendimento presencial das(os) usuárias(os) nesse período (2020/2021), assim como o apoio com aparato tecnológico próprio para que muitos pudessem acessar o Auxílio Emergencial.

A fala da primeira profissional aponta para uma questão que se observa muito no funcionamento dos serviços e das políticas acerca da discussão daquilo que é de responsabilidade e competência de cada setor, como se as ações tivessem de ser setorizadas. O local de isolamento é de responsabilidade da Assistência Social ou da Saúde? Quando, na verdade, o cenário de pandemia exigia políticas intersetoriais, com a atuação de diferentes políticas e serviços (Habitação, Saúde, Assistência Social, Segurança Alimentar e Nutricional) que pudessem garantir proteção social a essa população, isso na prática não se concretizou, até porque antes da pandemia nunca se experienciou na prática a totalidade que a intersetorialidade propõe, e a pandemia só escancarou essa realidade.

Como mencionado, três dos participantes entrevistados apesar de reconhecerem as mudanças que a pandemia trouxe para a sociedade de modo geral, relataram que as condições de vida já eram tão árduas antes da pandemia que não identificaram grandes impactos no cotidiano. Outro discurso é atravessado pela questão do uso de substância, como uma espécie de alienação em face da complexidade que a pandemia apresentava.

A minha vida já era uma pandemia, né? Eu me vacinei com três doses, tive duas Covids. Então a pandemia pra mim foi nada, porque a minha vida já era uma batalha, já era uma luta. **(Aninha)**

Não tive medo da pandemia, Eu não usei máscara, eu tava na vida louca, só pensava em droga. **(Almiro)**

Destaca-se na primeira concepção o quanto a vida da população em situação de rua é permeada de inseguranças, instabilidades, “batalhas e lutas” cotidianas. A narrativa demonstra que para a sociedade de modo geral, o que a pandemia significou como um período instável compõe historicamente a vivência dessa população. Desse modo, essa sensação (e percepção)

de que a vida sempre foi um estado de pandemia deve ser considerada como um dado de realidade que impacta, causa estranhamento, mas que constitui a concretude do fenômeno.

No que se refere ao processo de vacinação contra a Covid-19, das PSRs participantes da pesquisa, todas as 11 referiram que receberam pelo menos uma dose da vacina; dez afirmaram que receberam a primeira dose em UBS; e as demais, no Abrigo Provisório ou no Centro Pop através do Consultório na Rua; um refere que procurou a Unidade de Saúde de uma cidade vizinha para tomar a primeira dose.

O quadro a seguir mostra quantas doses cada participante recebeu:

Quadro 14 – Relação da quantidade de doses da vacina contra a Covid-19 recebidas pela População em Situação de Rua. Participantes da pesquisa de campo (jan. 2023)

Nomes	Número de doses da Vacina contra a Covid-19
João Grande	1
Rosa	2
José (o Professor)	2
Aninha	3
Dora	3
Pedro Bala	4
Almiro	3
Daiga	3
Maria	4
Zequinha	1
Dalva	2

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da Pesquisa de Campo (2023)

Observa-se uma adesão importante dos participantes à vacinação, visto que apenas dois participantes apresentam esquema vacinal com apenas uma dose. Um deles externou o desejo de completar as doses e que buscaria a UBS para esse fim; outro optou por não tomar as outras doses.

Tomei uma dose só, porque nessa aí eu não confiei muito não. Eu sou a favor da vacina, mas essa não. Aí eu tomei uma só, só por sei lá loucura da cabeça. Por mim eu nem ia tomar, não queria na verdade, tomei uma só (**Zequinha**).

Essa fala é importante porque apresenta um discurso que foi muito propagado em relação à confiabilidade das vacinas, disseminado pelo presidente da época. A divulgação de muitas *fake news* (notícias falsas) levou a que uma parcela significativa da população deixasse de se vacinar. Como já mencionado, a PSR não está alheia a esse movimento de cooptação, o que pode explicar a justificativa do participante.

No que diz respeito à atuação do CnR na vacinação, a equipe teve alguns entraves na realização da aplicação *in loco*, além de apontar que apesar de estar previsto pelo Ministério da Saúde a PSR como grupo prioritário, na prática isso não se efetivou. A PSR foi vacinada seguindo o calendário geral, conforme a faixa etária e não por segmento, como era a proposta.

A população não entrou como público prioritário, a gente não fez na rua, a gente conseguiu fazer só o ano passado (2022), que não tava no auge. O que aconteceu é que a Prefeitura fez um levantamento de todos os pacientes nossos que foram vacinados e passou como pessoa em situação de rua, como se tivesse feito como população em situação de rua, mas foi feito como população geral, de acordo com idade, tipo assim, a população tinha de ser prioridade e não foi. Só conseguimos fazer o ano passado (2022) porque a gente ficou muito em cima e queria fazer a vacinação, porém já não tava no auge. Mas foi legal, alguns se vacinaram pela primeira vez. **(Profissional V)**

A vacinação foi um pouco difícil, porque por protocolo também eles entram como grupo de risco, e a gente teve de insistir bastante pra poder conseguir que fossem liberadas as vacinas pra gente conseguir fazer. Mas a maioria deles tomou as outras doses em Unidade Básica, foi seguindo o calendário normal; a gente não conseguiu fazer o seguimento certinho, alguns a gente deu a primeira, outros a gente só deu seguimento, deu a segunda. **(Profissional II)**

A equipe também apontou a falta de recursos apropriados para a vacinação *in loco*. Para a aplicação exata das doses, é necessária a realização de uma parte mais burocrática que exige a consulta na base de dados para identificar qual dose a pessoa já tomou, realizar o cadastro e informar o lote da vacina. É preciso fazer o registro corretamente, e não foram disponibilizados para a equipe do CnR equipamentos eletrônicos como celulares e *tablets*.

A fala que segue evidencia que foi utilizado aparelho de celular pessoal e dados de internet das(os) trabalhadoras(es):

A gente fez uma ação de vacinação no ano passado (2022), foi assim, foi até acima da expectativa. A gente achou que eles iam ter um pouco de resistência, mas muitos deles, por incrível que pareça, se preocupam com a vacina estar em dia. Então a gente foi nos serviços, a gente foi em pontos estratégicos, a gente foi lá na porta do Centro Pop, fomos lá no Centro, fomos na Praça Acústica, fomos aqui na Estação. Então assim nós conseguimos uma quantidade boa. Nós fizemos essa ação de vacina foi por mobilização nossa, isso não veio de lugar nenhum, nós que achamos a necessidade de fazer e tivemos de ficar consultando no próprio celular. Então assim você percebe que até pra você trabalhar é difícil. **(Profissional IV)**

A equipe apontou, além da ausência de recursos, um ponto bastante positivo no que se refere à adesão da PSR à vacinação:

Teve alguns desafios, né, porque não tem internet na rua. Aí você tem que olhar no cadastro da pessoa de vacinas pra ver qual dose ela vai tomar. Então a gente usou internet própria e deu pra ir fazendo. Tem que fazer toda uma parte burocrática, e a gente fez. E aí nesse dia eu percebi que muitos, nossa acho que teve pouquíssimos, um percentual pequeno de primeira dose, todos já estavam na segunda, terceira dose. Então eles se vacinavam. **(Profissional III)**

Assim, observa-se um comprometimento da equipe com a PSR. Embora com todos os entraves (ausência dos recursos adequados, falta de uma gestão e organização da vacinação desse público que estava previsto como prioritário), houve a persistência da equipe para efetivar o direito da população de ter acesso à vacinação e se verificou a participação massiva da PSR na vacinação.

Uma profissional apresentou uma reflexão importante e necessária acerca da equipe dispor de melhores condições para realizar vacinas *in loco*, não apenas pensando no imunizante contra a Covid-19, mas também em outras vacinas igualmente relevantes para o segmento:

Não é só a vacina do Covid, são outras vacinas também, porque eles se machucam, então assim pelo menos uma vacina de tétano, uma vacina de hepatite B, que a gente sabe como que é o convívio deles e a gente não conseguiu fazer até hoje. Porque assim, não é fácil, a gente tem que se mobilizar, a gente tem de pesquisar que vacina que eles já têm, mas a gente não tem esse suporte na rua, entendeu? Porque a gente podia ter um *tablet* para pesquisar e não tem. Então eu acho assim que tem bastante falha que poderia melhorar. Eu acho que não é impossível, é possível, mas infelizmente eu não vejo mobilização para isso (**Profissional IV**).

Todas as PSRs participantes da pesquisa relataram ter acesso à máscara como equipamento de proteção individual contra a Covid-19. Os profissionais, no início da pandemia, receberam doações da sociedade civil e também utilizaram como estratégia a confecção de um kit de higiene distribuído para os usuários. A equipe afirmou que o kit veio com a pandemia.

Orientar a lavar a mão, usar máscara, mas e aí lavar a mão com o quê? Então aí veio o sabonete, veio a máscara, papel higiênico. Então montou-se o kit de higiene durante a pandemia, justamente para ter uma coerência das ações (**Profissional III**).

A pandemia da Covid-19 escancarou as inúmeras lacunas existentes nas políticas públicas e evidenciou o quanto a PSR está exposta a condições precárias de subsistência. Conforme relatos das(os) participantes da pesquisa, as instabilidades e inseguranças já faziam parte da vida cotidiana muito antes da eclosão da pandemia, contudo a conjuntura contribuiu para o agravamento das expressões da questão social e revelou uma condição ainda mais adversa para essa população, com desafios sem precedentes para os protocolos preestabelecidos de prevenção do contágio pelo vírus.

Como orientar o isolamento/distanciamento social, se os espaços principais de vivência são as ruas, ou os acolhimentos, abrigos e albergues superlotados? Como orientar a lavagem das mãos e a higienização, se nem sempre se tem acesso à água e ao uso de máscara?

Conforme Nunes, Bonatto e Rodriguez (2020), a pandemia expôs diferenças de classe entre os que habitam espaços de privilégio e a classe pobre.

4.4.2 Mulher em Situação de Rua e violência: uma questão de Saúde Pública

Essa seção traz um recorte para a questão de gênero, embora este não componha o objetivo central do presente estudo. Os marcadores sociais de classe, etnia e gênero são transversais e inerentes ao objeto da pesquisa. É imprescindível considerar o debate acerca do ser mulher em situação de rua, uma vez que mais da metade das participantes desse estudo são mulheres. A escolha desse quantitativo não teve uma intencionalidade, visto que no decorrer da pesquisa de campo houve a aproximação com as seis mulheres, o que despertou o olhar atento para o histórico de violência que atravessa a vida de cada uma delas, histórias particulares com traços comuns que serão brevemente tratados neste item. Faz-se necessário analisar a violência contra a mulher como uma questão de saúde pública.

Motta e Barros refletem o histórico de violência às mulheres, considerando os marcadores sociais de gênero, raça e classe:

[...] as mulheres em situação de rua possuem um histórico de vida marcado por violências de gênero, discriminação de classe, além de questões raciais, associados ao preconceito de estarem na rua. Gênero, classe e raça, além da espacialidade, são elementos/eixos de subordinação, formas de opressão a que as mulheres em situação de rua estão subordinadas, criando desigualdades básicas que estruturam a posição em que elas se encontram dentro da sociedade. (Motta; Barro, 2022, p. 209).

Na manhã da quinta-feira, 9 de fevereiro de 2023, chegou à sede do Consultório na Rua uma usuária já domiciliada, mas que sempre retornava por encontrar na equipe o refúgio do acolhimento e da escuta. Cabisbaixa, relatou mais uma das recorrentes violências que sofreu pelo parceiro; mostrou nas costas as marcas da agressão e chorou as dores dos golpes que recebeu dias atrás.

A equipe, atenta, observou com ela quantas vezes a mesma história já se repetiu, distante de uma abordagem de culpabilização, mas em tom de acolhimento e respeito, reforçou a importância da denúncia e de se cercar de ações que garantam maior proteção. Aquela mulher demonstrou total capacidade de compreensão, mas o olhar triste revelou que a denúncia possivelmente não viria; declarou ter em mente um modo de impedir a entrada do agressor no seu “barraco”: “– Preciso de um cadeado” – afirmou ela, com a voz trêmula, que saiu como um sussurro. Em sua concepção, a corrente passada presa ao cadeado seria capaz de resolver o problema e afastar o convívio do agressor.

Uma pessoa da equipe, de modo empático, disse que naquele mesmo dia daria conta de conseguir um cadeado. Entretanto, todos sabem que a ação não será capaz de pôr fim a um

ciclo de violência que se evidencia nessa história particular, mas que configura a vivência de muitas mulheres: Rosas, Doras, Aninhas, Daigas, Marias e Dalvas.

Observa-se que a resistência apresentada em relação à denúncia se evidenciou nessa história específica, mas é, sobretudo, comum. O julgamento é indispensável, embora as falas de indignação, tristeza e impotência sentidas pela equipe diante da situação tenham sido evidentemente observadas. Trata-se da violência que se estrutura no patriarcado machista e nas profundas desigualdades de gênero que conformam a sociedade. É o cadeado que não fecha e não cicatriza as inúmeras dores que perpassam a vida dessas mulheres atravessadas pelo traço comum da violência. A ação de conceder o cadeado é na verdade o ato de ofertar a escuta, o cuidado e o acolhimento, afinal elas sabem aonde voltar e procurar apoio quando essas dores transbordam.

É sob essa perspectiva que se pretende trazer para a reflexão a importância e a função da saúde pública na prevenção, no cuidado e no acolhimento a essas mulheres. Todas as entrevistadas, sem exceção, relataram que são ou já foram vítimas de violências e têm as suas histórias de vida atravessadas pela dureza de inúmeros abusos, físicos, psicológicos de parceiros, familiares (pais, padrastos); em muitos casos, constituíram a principal motivação para a situação de rua. Essa realidade impõe a muitas mulheres a saída do ambiente domiciliar violento diretamente para as inseguranças, as vulnerabilidades e os sofrimentos que as ruas também oferecem.

As narrativas que seguem evidenciam as violências sofridas pelas participantes desse estudo. Muitas das situações relatadas conduziram à situação de rua.

Antes, eu morava em casa. Eu tenho uma casa que pegou fogo, então eu fico um pouco aqui, um pouco lá, restou um terreno. O ex-marido pôs fogo em tudo: nas roupas, sofá, tudo... Ficou comigo 21 anos **(Rosa)**.

Primeiro logo de cara foi violência em casa: aos 14 anos eu fui morar na rua pela primeira vez. Fui agredida pelo padrasto (a entrevistada se emociona e não prossegue a fala) **(Aninha)**.

Ele era realmente uma pessoa muito violenta, então eu sou uma mulher vitimizada. Eu era espancada todos os dias, eu era promotora de vendas na época, a polícia me falou assim: “A gente tá cansado de vir na sua porta, cansado de chamar o Samu pra você” **(Dora)**.

Ele quebrou parte do meu rosto no ano passado; eu tive cinco fraturas, fiquei com 22 pontos dentro da boca. Eu já não consigo abrir mais tanto a boca como eu abria antes, por conta dos pontos. Eu tenho quatro platinas na face e 17 parafusos. Se você olhar aqui (apontou para o rosto), dá pra ver no fundinho. Olha, a única coisa que me preocupa de estar na rua é a pilantragem do meu ex, de eu estar desprevenida e ele me agredir **(Daiga)**.

Era para eu ter seis filhos, né, aí eu perdi um de tanto apanhar, que meu ex me agredia muito. Em vez de me bater no rosto ou me dar soco, ele já chutava a minha barriga **(Maria)**.

Eu já sofri agressão do meu ex-marido, ele era violento, me batia, me enforcava, mas graças a Deus foi preso; ele foi preso porque agrediu eu e a mãe dele. **(Dalva)**

É importante ressaltar que não havia no roteiro de entrevistas questões específicas sobre violência; os relatos surgiram a partir de outros questionamentos, como o que motivou a situação de rua, e quais os desafios encontrados na vivência de rua. A exposição a situações de risco e as opressões são inerentes ao cotidiano e à história de vida dessas mulheres.

Uma das participantes discorreu sobre as denúncias que realizou e a percepção da ausência de respaldo jurídico. Sugeriu que as ações desencadeadas do registro de suas ocorrências foram pouco efetivas.

Fiz vinte boletins de ocorrência. Ele já foi preso na Lei Maria da Penha, saiu da cadeia depois de 18 dias bem pior, e eu tenho umas quatro medidas protetivas contra ele. Não adiantou em nada. **(Dora)**

Diante disso, a alternativa que conseguiu foi mudar de cidade. Encontrou no município de Franca refúgio, pois não se sentia segura de ficar na mesma cidade que o agressor. Destaca-se que ainda existem muitos preconceitos em relação às mulheres vítimas de violência, como se constata na fala de uma das participantes: os agentes de segurança se diziam cansados de ter que intervir na situação. Tem-se a concepção da mulher imersa em relacionamentos abusivos por opção; ignora-se a complexidade que envolve as dimensões de poder do patriarcado e do machismo que compõem as relações de gênero.

Outra questão são as múltiplas violências do Estado e das Instituições sobre a vida dessas mulheres. Todas as que se identificaram como mães sofrem com o rompimento forçado de vínculos com as(os) filhas(os), mesmo aquelas que as(os) filhas(os) estão sob a guarda de familiares. Seus relatos denunciam que são impedidas de estabelecer contato.

Eu tive que entregar meus filhos porque senão o Conselho Tutelar ia me tirar, porque não era um ambiente familiar para conviverem, por causa que eu era muito espancada **(Dora)**.

O relato expressa uma dupla violência: além de estar com a vida em risco, sofre a intimidação de ter o vínculo rompido com os filhos.

Nessa perspectiva, é importante considerar a Nota Técnica nº 1, publicada em 10 de maio de 2016 e elaborada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e pelo Ministério da Saúde, intitulada “Nota Técnica conjunta sobre Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou

crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos”, destinada a gestoras (es) e profissionais do SUS e SUAS para atuação e estratégias de cuidado relacionado ao “nascimento de crianças filhas de mulheres em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas” (Brasil, 2016).

O documento enfoca as violações de direitos que implicam ações imediatistas de afastamento das mulheres em situação de rua, mães dos seus filhos, que contrariam os pressupostos constantes no ECA, em seu Capítulo III, que prevê o direito das crianças e adolescentes à convivência familiar. Constitui responsabilidade do Estado propiciar o cuidado integral em saúde e medidas de proteção para que essas mulheres possam ter condições objetivas de exercer o cuidado com as(os) filhas(os). Além disso, o ECA dispõe que a falta de recursos materiais não pode justificar por si só o afastamento da criança da convivência familiar (Brasil, 1990):

A partir do ECA identifica-se que o direito à convivência familiar visa propiciar a crianças e adolescentes um ambiente que garanta proteção, cuidado e o afeto necessários ao seu desenvolvimento. Nesse sentido, o Estado deve assegurar os cuidados que contemplem as escolhas das pessoas envolvidas, entre elas a manutenção do convívio entre mãe e filho, sempre que isso represente o melhor interesse da criança, não constituindo a falta de recursos materiais, eventualmente demonstrada pela situação de rua, motivo em si para a separação familiar. Ao mesmo tempo – e também para tal garantia –, as ações em Saúde devem acentuar cuidados em algumas fases como a gestacional. (Brasil, 2016, p. 3).

A mesma Nota Técnica traz reflexões quanto às barreiras para o acesso das mulheres em situação de rua aos serviços de saúde. Nesse sentido, é imprescindível que gestoras(es) e profissionais atentem para as especificidades das demandas que envolvem a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, direito de acesso às informações, sem serem discriminadas e julgadas.

[...] entre os quais se destacam seu direito de decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filhos, quantos filhos deseja ter e em que momento de sua vida; direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças, independentemente de estado civil, idade ou condição física; e o direito de acesso a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação. (Brasil, 2016, p. 4-5).

No que se refere aos principais desafios e inseguranças de ser mulher em situação de rua, destacam-se algumas narrativas importantes:

Eu acho constrangedor quando a gente está no período menstrual, tomar um banho, não ter um absorvente, uma roupa pra trocar, né, você não ter um lugar pra tomar um banho. Essas são as dificuldades que encontro. **(Daiga)**.

Eu já vi gente sendo abusada dormindo, já vi gente botando fogo nas pessoas. Eu mesmo quando vou dormir na rua eu não durmo, eu não consigo pegar e dormir aquele sono. Qualquer coisinha, já fico alerta. **(Maria)**.

Tenho medo de ser estuprada, medo de morrer nas drogas. Eu evito brigas, sempre acontecem ainda mais com gente que está em situação de rua, mas eu procuro ficar na minha. **(Dalva)**.

Observa-se o desconforto e a preocupação com o que é próprio do ciclo reprodutivo feminino e a falta de acesso às condições básicas de higiene nesse período.

O medo constante das inúmeras opressões que a vida nas ruas impõe. Assim como, a exposição às violências, preconceitos e discriminações, a ausência de condições básicas para a realização da higiene pessoal e para a satisfação das necessidades fisiológicas, o rompimento de vínculos forçado com as(os) filhas(os), são elementos que atuam na história de vida e no cotidiano de muitas mulheres que vivenciam a situação de rua.

Em 2004 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Entre os objetivos específicos, destaca-se o de “promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual”, além de fortalecer o potencial das ações preventivas a partir da organização de uma rede integrada de cuidado (Brasil, 2004).

Em 2011 foi instituída a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Entre as diretrizes está “Reconhecer a violência de gênero, raça e etnia como violência estrutural e histórica que expressa a opressão das mulheres e que precisa ser tratada como questão da segurança, justiça, educação, assistência social e saúde pública” (Brasil, 2011).

Nessa perspectiva é que se considera que a saúde tem um papel fundamental no cuidado e apoio a essas mulheres. A garantia da proteção social, além do acesso aos serviços de saúde, pressupõe o acesso ao conjunto de direitos sociais elencados acima. Depreende-se que ser mulher em situação de rua é estar mais exposta a inúmeras violações de direitos.

4.4.3 Intersetorialidade das Políticas Públicas como estratégia de cuidado em saúde

A intersectorialidade das Políticas Públicas é transversal quando se aborda a integralidade da atenção e do cuidado em saúde. A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), instituída pelo Decreto nº 7.053/2009, prevê a criação em cada ente federado do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da política.

É importante ressaltar o que se considera por intersectorialidade. Potyara Pereira (2014) analisa o termo a partir da perspectiva dialética e anota que o prefixo *inter* pressupõe a compreensão de uma totalidade na qual as partes constituem um todo que se liga organicamente e dependem da relação uma com as outras, que se condicionam reciprocamente. “Trata-se, portanto, de uma relação em que nenhuma das partes ganha sentido e consistência se isolada ou separada das demais e das suas circunstâncias (de suas condições de existência e de seu meio)” (Pereira, 2014, p. 33).

Essa autora acrescenta que a totalidade na perspectiva dialética é composta por contradições e se constitui pelo movimento engendrado a partir de relações contraditórias. Desse modo, são as disputas dos contrários que possibilitam os movimentos e transformações. O todo na relação com as partes tem a potencialidade de se desenvolver e de se superar. “A superação dialética, portanto, não significa aniquilações das particularidades, mas ultrapassagens, apoiando-se nessas particularidades.” (Pereira, 2014, p. 33).

A perspectiva intersectorial propõe a superação da mera setorização e reconhece que as políticas que se interligam são dotadas de particularidades e contradições específicas, ao passo que também são permeadas de problemáticas e lógicas comuns.

Como cada política é um conjunto de decisões e ações, resultante de relações conflituosas entre interesses contrários, que extrapolam seus pseudoperímetros setoriais, fica claro que a intersectorialidade é a representação objetivada da unidade dessas decisões e ações. Portanto, é preciso ter claro que a divisão da política social em “setores” é um procedimento técnico ou burocrático; e só nesse sentido essa divisão tem cabimento, pois o conhecimento, assim como os bens públicos e os direitos, não é divisível. (Pereira, 2014, p. 37).

A citação desperta a reflexão sobre a necessidade da intersectorialidade para a garantia de ações de promoção em saúde, que demanda o acesso a um conjunto integrado de direitos sociais, quando se objetiva efetivar o princípio do SUS da integralidade da assistência.

Na Política Nacional para a População em Situação de Rua, a intersectorialidade é um componente transversal. Em seu art. 7º, entre os objetivos, está “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” (Brasil, 2009). Propiciar um cuidado integral em saúde pressupõe necessariamente o acesso a esse conjunto articulado e integrado de políticas.

Constitui também objetivo da PNPR a articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a qualificar a oferta de serviços à PSR. A pesquisa de campo demonstrou que apesar dos desafios, que passam por garantir uma atuação intersetorial, as Políticas de Assistência Social e Saúde são as que mais se articulam para o trabalho conjunto direcionado à PSR.

Como visto no decorrer deste estudo, um serviço ou uma política sozinha, desarticulada, não garante proteção social. Um serviço é múltiplo e possui demandas várias e complexas que demandam ações na perspectiva intersetorial. Desse modo, pensar em Política Pública para a PSR é pensar a intersetorialidade, não sendo possível pensar numa atuação com efetividade sem esse componente organizativo.

Ao longo da pesquisa observaram-se diversas demandas que essa população apresenta e refletiu-se que garantir a integralidade do cuidado não passa unicamente por permitir que a população tenha acesso ao atendimento médico, multiprofissional, pois existe um dado de realidade que está posto, a exemplo de um usuário que foi devidamente atendido pela equipe do CnR, na Atenção Básica ou na Especialidade. Foi possível acessar o serviço de saúde, mas e a continuidade do cuidado? E se essa pessoa precisar fazer um tratamento medicamentoso de longo prazo? E se precisar de isolamento (como o período de pandemia exigiu)? Se precisar fazer a assepsia de um ferimento, terá acesso à água e condições de higiene?

Esses questionamentos abrem uma gama de reflexões. A primeira delas passa pelas violações de direitos que acompanham a PSR. O fato de não ter acesso a moradia traz prejuízos e dificuldades de acesso a todo e qualquer forma de cuidado. É inviável discutir proteção social e acesso à saúde se a perspectiva intersetorial estiver distante do escopo organizativo das políticas públicas.

A conjuntura da pandemia da Covid-19 evidenciou a ausência de efetividade quando a organização dos serviços e políticas acontece isoladamente e escancarou a realidade da setorização precária. No momento em que mais demandou o fortalecimento da rede, assistiu-se a uma fragilidade: os serviços passaram a discutir não soluções, mas de quem seria o “problema” nos casos já mencionados de pessoas em situação de rua que testavam positivo. Na realidade, isso sempre fez parte da vivência da população em situação de rua e não se

restringe apenas à infecção pelo vírus da Covid-19, mas inclui tantas outras questões de saúde que são negligenciadas, a exemplo da saúde mental.

O cuidado em Saúde demanda um todo articulado, mas do que a articulação entre profissionais, onde a responsabilidade recai sobre esses é preciso pensar em políticas constituídas e geridas intersetorialmente. Como demonstra a fala da profissional, faz-se necessário avançar para além da articulação de casos pontuais:

Eu entendo que sem o trabalho em rede a gente não consegue, porque uma política depende da outra. A gente precisa articular, precisa tá junto, precisa do intersetorial mesmo, sabe? Ninguém trabalha sozinho, porque o indivíduo ele precisa de tudo e ele é usuário de todos os serviços. Então quer dizer que se a gente não tiver uma boa articulação, se não tiver um trabalho conjunto, a gente não consegue. Mas existe uma grande dificuldade, porque nessas reuniões a gente vê falar, mas na prática não vê acontecer. Quando um caso ou outro necessita de uma intervenção, é uma coisa pontual, precisou desse aqui, tá, agora o conjunto, mesmo a gente trabalhando junto, de maneira assim mais contínua, né, não, são casos pontuais que consegue essa articulação. Eu acho que precisava ter alguma outra coisa pra de fato ser efetivo mesmo, pra falar tô fazendo, estamos juntos, estamos aqui. Não sei se o fluxo, algo assim preestabelecido; não sei, precisa pensar junto. **(Profissional I)**

A própria rede por vezes tem preconceito com essa população. Então a gente tem um pouco de dificuldade por algumas vezes, mas assim por a gente já tá na Prefeitura há um tempo, a gente conhece pessoas e consegue um auxílio nessa parte, e consegue facilitar o acesso, mas por eles mesmos, pelo paciente mesmo acessar, ele não. Muitas vezes ele não é muito bem-aceito. **(Profissional II)**

O que fica evidente na fala dos profissionais é a ausência de uma gestão intersetorial das políticas públicas. Acredita-se que por mais dedicação que o profissional tenha em seu campo de atuação e em suas atribuições e competências para estabelecer contato entre os diferentes serviços e articular uma atuação, se a gestão e a organização dos serviços não estiverem conformadas intersetorialmente, em algum momento essas articulações encontrarão obstáculos.

Todavia, quando se fala de um jeito de fazer política organizada e gerida intersetorialmente, ocorre uma transferência dessa responsabilidade do profissional para uma forma de funcionamento da política já planejada e organizada numa perspectiva ampla que envolve os diferentes serviços e setores.

Uma profissional referiu-se às ações intersetoriais com outras políticas. Fala-se mais sobre a atuação da Assistência Social e Saúde, mas é preciso pensar também na articulação com outras políticas é um debate ainda pouco aprofundado e explorado, sobretudo quando se trata da política de habitação.

É uma luta do Fórum inclusive, que tá meio morna, mas teve uma discussão pra fazer o Ciamp, Comitê Intersetorial de pop rua aqui em Franca, que aí você obriga e

deixa formalizado por um decreto pra juntar todas essas políticas, inclusive habitação, educação. Eu acho que até mais políticas. **(Profissional III)**.

Há um Fórum da População em Situação de Rua em Franca, que teve início em 2018, com a participação das(os) usuárias(os) e de trabalhadoras(es) dos serviços voltados à PSR com o objetivo de fortalecer espaços de discussão em torno da defesa dos direitos e de políticas efetivas a essa população.

O Comitê Intersetorial está previsto desde 2009 pela PNPR, e no município de Franca/SP ainda não foi implantado. A fala da profissional atesta tratar-se de uma discussão que está caminhando a passos lentos. A organização do Fórum constitui uma iniciativa que propicia articulações e debates acerca dos direitos sociais com o envolvimento de atores sociais articulados e atentos à temática.

Considerando que o art. 3º da PNPR traz que os entes da Federação, como forma de adesão à PNPR, devem instituir comitês gestores intersetoriais, pode-se inferir que, conforme reforça a profissional, este ainda está em processo de discussão, então legalmente o município ainda não aderiu à PNPR.

Art. 3º Os entes da Federação que aderirem à Política Nacional para a População em Situação de Rua deverão instituir comitês gestores intersetoriais, integrados por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, com a participação de fóruns, movimentos e entidades representativas desse segmento da população. (Brasil, 2009).

Foi possível identificar durante a pesquisa de campo que as Rodas de Conversa organizadas pelo Consultório na Rua em parceria com outro equipamento de Saúde e com o Centro Pop constituíram importantes ações intersetoriais, que envolveram as Políticas de Assistência Social e Saúde a partir de atividades de orientações, espaços de compartilhamento de experiências. A Roda de Saúde Mental concedeu um espaço fundamental para que as(os) usuárias(os) pudessem se expressar, trazendo aspectos da história de vida. Trata-se de uma ação voltada para a promoção da Saúde em uma parceria com a Política de Assistência Social.

Os grupos eu vejo que têm potencialidades. A gente fez no Abrigo também, o grupo de saúde mental, então tanto dentro do Abrigo quanto do Centro Pop tem espaço. Então a gente tem tido reuniões intersetoriais, que é uma grande discussão de casos, onde junta esses serviços, mais as comunidades terapêuticas que têm participado, então acaba sendo legal e é isso, dá pra fazer. O Cras aqui central tem articulado bem as reuniões intersetoriais; ele tá juntando os serviços de Saúde, Assistência e Educação. Agora, falar que a gente tem uma articulação boa com a habitação para pop rua, nós não temos muito não. Tem muitos projetos, mas política de moradia não existe. Em São Paulo tá tendo construção de predinhos, construção de casas pra essa população, programa de habitação mesmo; aqui não tem nada perto disso, não. **(Profissional III)**.

A profissional revelou na sua fala o quanto ainda é embrionária a aproximação com outras políticas, principalmente com a habitação. Em Franca, como já abordado, iniciou-se em 2021 uma tentativa de implantação do programa Moradia Primeiro, contudo, a profissional destacou que se trata de mais uma organização da Secretaria de Ação Social de concessão de Auxílio Aluguel, do que de fato de uma política de habitação que garanta à população o acesso a uma moradia em longo prazo.

Das 11 PSRs entrevistadas, nenhuma delas teve acesso à política de habitação ou ao auxílio aluguel. Uma das entrevistadas que estava domiciliada custeia o aluguel com o dinheiro que recebe do benefício de transferência de renda, que na época era o Auxílio Brasil.

As Rodas de Conversa fortalecem a perspectiva intersetorial e a compreensão de que o usuário não é multifacetado e setorizado, mas compõe uma totalidade, com suas vulnerabilidades e fragilidades. Uma só política ou serviços isolados não dão conta da complexidade do fenômeno População em Situação de Rua, que passa a requerer a atuação das mais diversas políticas, setores e serviços, com o propósito de fornecer proteção social.

A promoção da integralidade do cuidado em Saúde demanda a articulação de vários setores sociais, além da própria política de saúde; demanda o acesso a um rol ampliado de direitos sociais: habitação, educação, renda, trabalho, assistência social, previdência social, segurança alimentar e nutricional.

Para Pereira (2014), a intersetorialidade é um processo eminentemente político; portanto, pressupõe movimentos contraditórios, disputas e conflitos de interesses que requerem organizações e mobilizações por parte da sociedade civil e dos movimentos sociais. Daí a importância do fortalecimento do Movimento Nacional da População de Rua e de suas articulações e reivindicações nas diferentes localidades.

A resposta às várias necessidades sociais e de saúde demanda ações articuladas do Estado e da sociedade e exige transformações na gestão das políticas a fim de superar as fragmentações, o que requer a participação coletiva dos diferentes atores sociais, com o objetivo de fortalecer a proteção social e o cuidado integral em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou as concepções teóricas em torno do fenômeno População em Situação de Rua enquanto expressão radical da “questão social”, que decorre do desenvolvimento do modo de produção capitalista e incide sobre as relações de trabalho que aprofundam as lutas de classe. Consequentemente, agudizam as expressões da “questão social”, que se manifestam nas desigualdades sociais, fome, miséria, aumento exponencial de pessoas em situação de rua, desemprego, crises sanitárias e ambientais, violências, discriminações e preconceitos que atravessam as relações étnico-raciais, de gênero e de sexualidade.

A análise do fenômeno tem fundamento na teoria social de Marx, a partir da compreensão da totalidade social que envolve a utilização dos logradouros públicos como espaços de vivência e sobrevivência. O primeiro capítulo trouxe a perspectiva histórica do desenvolvimento do capitalismo e as particularidades da realidade brasileira, enquanto um país de capitalismo dependente, periférico, e como a população em situação de rua se insere nesse cenário. Observou-se um aumento significativo de PSR nos últimos anos, principalmente com o agravamento da crise econômica atrelada à crise sanitária, em decorrência da pandemia da Covid-19.

No Brasil, conforme dados do Cadastro Único, a PSR é constituída em sua maioria de pessoas do sexo masculino, com maior percentual de pessoas adultas na faixa etária dos 18 aos 59 anos. Em relação à raça/cor, tem-se uma maioria de pessoas que se autodeclararam pardas e pretas; quando comparado com os dados da população geral, esse percentual é maior na PSR. Em relação à escolaridade, há mais pessoas com Ensino Fundamental incompleto. Trata-se de uma população em idade economicamente ativa, composta em sua maioria de homens pardos e negros, com baixo nível de instrução.

O objetivo geral do estudo foi identificar, por meio da pesquisa de campo, as ações integrais em saúde desenvolvidas pelo Consultório na Rua de Franca/SP, considerando o contexto de pandemia da Covid-19. Buscou-se, no segundo capítulo, trazer a reflexão teórica em torno das políticas sociais o escopo contraditório que fundamenta e conforma essas políticas, o processo histórico de implantação no Brasil e as particularidades que essas assumem, dadas as dimensões socioeconômicas adotadas pelos governos e, sobretudo, como a política econômica neoliberal interferiu na condução e na estruturação do sistema de seguridade social brasileiro.

Além disso, refletiu-se especificamente sobre a política de Saúde, na qual se situa o Consultório na Rua, enquanto serviço que compõe a rede de Atenção Básica, como uma estratégia de cuidado em saúde, extremamente necessária, resultado de lutas e reivindicações do Movimento da População de Rua, das(os) usuárias(os) e de profissionais que trabalham junto a essa população. Diferentes atores sociais foram imprescindíveis para a formulação da Política Nacional da População em Situação de Rua (2009) e, consequentemente, para a implantação de serviços específicos a esse segmento.

Atravessou-se, nos últimos três anos, uma crise sanitária sem precedentes. Pesquisar qualquer fenômeno que tem como fundamento a realidade social demandou um olhar atento para a pandemia da Covid-19 e os impactos que a conjuntura trouxe para as relações sociais, como o ônus do encontro trágico entre as duas crises. Uma a nível econômico, social e político que já vinha se manifestando na nossa sociedade, sobretudo após os anos 2013 e 2014, como uma crise política que culminou no golpe de 2016 e trouxe consequências nefastas para as políticas sociais, a partir das medidas ultraneoliberais, com a aprovação do teto de gastos e o congelamento dos investimentos em políticas sociais.

O governo que assumiu em 2019 foi ainda mais desastroso. Após o encontro com a crise sanitária em 2020, o país se encontrava imerso num cenário adverso; as consequências da pandemia recaíram sobre a classe trabalhadora, entre o constante fogo cruzado da necessidade do isolamento social e as relações de trabalho precárias que não garantiam formalmente a segurança e o bem-estar da população.

Os dados da Pesquisa de Opinião realizada com as(os) trabalhadoras(es) dos Consultórios na Rua apontaram, entre os impactos observados na conjuntura da pandemia, o aumento de pessoas em situação de rua, em decorrência do agravamento das desigualdades sociais e de situações de desemprego. Os dados demonstram que embora os municípios tenham criado protocolos emergenciais, as ações foram elaboradas de forma isolada e descoordenada, haja vista a ausência de uma condução do governo federal. Assistiu-se a ações emergenciais, temporárias e insuficientes que, de fato, não forneceram proteção social e cuidado para a população.

As Pessoas em Situação de Rua entrevistadas na pesquisa de campo apresentaram, em seus discursos, as inseguranças e medos no período mais crítico da pandemia (2020-2021), além de afirmar a ausência de políticas e serviços capazes de ofertar um ambiente seguro em casos positivos de Covid-19. Outros participantes apresentaram discursos igualmente importantes ao manifestar a opinião de que a pandemia não trouxe mudanças significativas

em suas experiências de vida, uma vez que já vivenciavam situações extremas de violações de direitos, de incertezas e de lutas. Isso conduz à reflexão de quanto esse segmento historicamente está exposto a condições aviltantes bem antes de o cenário de pandemia se apresentar com uma preocupação para o conjunto da população. As PSRs já sofriam com tantos outros agravos, com os quais não tinham acesso ou continuidade ao tratamento necessário, como foi possível identificar em relação às questões de saúde mental e tuberculose, que exigem muitas vezes o uso adequado de medicamentos. O cotidiano da vivência nas ruas torna-se um obstáculo para o cuidado em saúde.

Uma questão importante foi o processo de vacinação da população, que foi previsto pelo Ministério da Saúde à PSR enquanto grupo prioritário. Contudo, no município de Franca/SP, não ocorreu. Chamam atenção as ações descoordenadas em dois sentidos: primeiro, o Ministério da Saúde apresentou no Plano de Vacinação uma estimativa da PSR incapaz de cobrir 43% do segmento; posteriormente foi ratificado, ainda com o número aquém do que outras pesquisas e estimativas apontavam. Segundo, quando se analisa a realidade local de Franca/SP, os profissionais indicaram que no município não foi realizada a vacinação da população como grupo prioritário, mas sim como público geral, conforme a faixa etária. Desse modo, ou o município não recebeu as doses necessárias para a aplicação prioritária a esse segmento, ou mesmo com a recomendação da prioridade, a gestão local não realizou a vacinação como público geral.

Cumpram ressaltar o quanto a ausência de dados oficiais acerca da população traz prejuízos para a formulação de políticas públicas e serviços direcionados ao segmento. Ressalta-se que já se passaram 15 anos desde o primeiro Censo e Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua (2007/2008) e é uma reivindicação do MNPR a inclusão do segmento nos censos decenais. Todavia, o recente censo de 2022 não contemplou essa população, o que contribui para que continue invisibilizada em termos de alcance das políticas sociais.

Observou-se que a população em situação de rua exige uma perspectiva de atuação intersetorial que considere as múltiplas determinações que compõem a totalidade do fenômeno, atravessado pelas mais diversas expressões da “questão social”, o que demanda um olhar amplo e integral em termos de atenção e cuidado.

A pesquisa de campo apresentou importantes aspectos que exigem uma atuação intersetorial: o cenário de pandemia, a violência doméstica que perpassa a vivência das mulheres em situação de rua. As particularidades que envolvem as questões de gênero não são

nem podem se constituir em dimensões setorializadas e desarticuladas da compreensão da vida dessas mulheres; não se trata de demandas isoladas da Segurança Pública, ou simplesmente uma questão jurídica, ou ainda de uma mera demanda da Assistência Social para garantir local específico de acolhimento em casos de violência doméstica, ou apenas do âmbito da Saúde na oferta de cuidado, acolhimento, escuta e fortalecimento da mulher. Essa realidade requer uma ação integrada de todos esses equipamentos, serviços e políticas, assegurando atenção integral à saúde da mulher.

Do mesmo modo, infere-se que as políticas voltadas à PSR serão mais efetivas à medida que a perspectiva intersetorial se constituir como um componente organizativo, transversal e, sobretudo político.

O Consultório na Rua é uma importante estratégia de cuidado da Política Nacional de Atenção Básica e tem como objetivo ser a porta de entrada para a população em situação de rua aos serviços de saúde, de modo que possam circular por todos os serviços e pontos de atenção. As ações de redução de danos possibilitam a aproximação, o vínculo e a participação das(os) usuárias(os) no processo de cuidado.

A pesquisa de campo demonstrou o comprometimento da equipe com o processo de trabalho e com a defesa dos direitos da população atendida, dada a iniciativa própria de garantir a vacinação da população *in loco* e o uso de recursos próprios para garantir o acesso da população a outros direitos. As PSRs participantes da pesquisa enfatizaram o quanto o Consultório na Rua facilita o acesso à saúde e o quanto se sentem acolhidos e respeitados a partir do atendimento digno e respeitoso que a equipe oferta.

A pandemia evidenciou a importância não só desse serviço específico, como do Sistema Único de Saúde brasileiro, que sofre cotidianamente com o desfinanciamento e os desmontes que a política macroeconômica neoliberal opera. É imperativa a luta pelo fortalecimento da Saúde Pública e pela constante reafirmação dos movimentos de Reformas Sanitária e Psiquiátrica a partir do posicionamento contrário à privatização da Saúde. Sabe-se que em todo cenário de crise os impactos são maiores para os que se encontram em condição de vulnerabilidade.

Os retrocessos nas políticas sociais afetam diretamente a vida dessas pessoas. É preciso fortalecer a luta e as defesas dos movimentos sociais, em especial o Movimento Nacional da População de Rua, que conseguiu avanços relevantes para a população e tem papel fundamental no controle e na participação social para garantir a efetivação dos objetivos e princípios da política.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua e todos os serviços direcionados a esse segmento, em especial o Consultório na Rua, apresentam avanços significativos para a população, entretanto é importante considerar as limitações, que esbarram nos fundamentos estruturais que conformam a sociedade capitalista, como todo e qualquer serviço que se insere nessa realidade.

Considerando esse aspecto, não é possível assegurar uma atenção integral à saúde, pois ofertar cuidado com integralidade não é tarefa de um único serviço ou política. Não se trata de garantir que as pessoas apenas tenham acesso aos serviços aos mais diversos profissionais e nas mais diversas especialidades. Trata-se de garantir que após o atendimento em saúde, a pessoa possa ter uma moradia segura para onde voltar, um local adequado de repouso, condições de preparar uma alimentação saudável e ter acesso ao alimento.

Como foi possível refletir ao longo do estudo, as condições econômicas e sociais constituem o que se considera como determinação social da saúde. Por mais que sejam dadas condições de acesso, esbarra-se no obstáculo estrutural das condições de vida da população, uma vez que a pandemia da Covid-19 aprofundou as precariedades e escancarou as manifestações da “questão social”.

Sob essa perspectiva, garantir atenção integral está para além de possibilitar o acesso aos equipamentos de saúde. A determinação social da saúde é inerente às relações econômicas e sociais vigentes e resulta da forma como essa sociedade se organiza e como se conforma a distribuição das riquezas socialmente construídas. Garantir atenção integral em saúde é garantir condições dignas de vida, o que se encontra no polo oposto e na contramão da ordem societária vigente.

As reflexões e análises suscitadas nesse estudo não têm a pretensão de esgotar o debate acerca da realidade pesquisada, uma vez que essa é dinâmica e está em permanente construção. Cumpre evidenciar que se trata de uma pesquisa realizada em um determinado espaço e tempo histórico e a complexidade do fenômeno pressupõe aprofundamento teórico e análises contínuas.

O processo de pesquisa não deve ter o fim em si mesmo, demanda o cumprimento de sua função social de propiciar conhecimento acerca da realidade pesquisada e a partir disso promover movimentos e transformações. Dessa forma, evidencia-se o compromisso com a devolutiva dos resultados desse estudo, mediante a articulação com a Equipe do Consultório na Rua, serviços socioassistenciais de atenção à população em situação de rua, membros do Fórum da PSR, do município de Franca/SP, para um momento de reflexões, roda de conversa

junto às (aos) trabalhadoras (es) e usuárias (os) para a socialização dos dados da pesquisa, a fim de que possam contribuir para o fortalecimento de ações intersetoriais voltadas ao segmento. Além disso, objetiva-se realizar publicações de artigos e materiais que cumprem socializar os resultados obtidos no referido estudo.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Abrasco. **Propostas da Abrasco para a política de saúde mental do governo Lula**, 8 de dezembro de 2022. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2022/12/Proposta-GT-SM-ABRASCO-para-o-governo-Lula_rev_8_12_22.pdf. Acesso em: 8 mar. 2023.
- AMADO, J. **Capitães da Areia**. São Paulo: Record, 2009. Disponível em: <https://www.lendo.org/wp-content/uploads/2008/04/capitães-da-areia.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2023.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 11. ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2006.
- ANTUNES, R. (org.). **A dialética do trabalho**: escritos de Marx e Engels. São Paulo: Expressão Popular, 2013.
- ANTUNES, R. **Coronavírus**: o trabalho sob fogo cruzado. São Paulo: Boitempo, 2020. *E-book*.
- ANTUNES, R. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2020.
- ANTUNES, R. **Capitalismo pandêmico**. São Paulo: Boitempo, 2022.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. **Orçamento Federal Executado (pago) em 2022 = R\$ 4,060 trilhões** (publicado em 23 de fevereiro de 2023). Disponível em: <https://auditoriacidad.org.br/conteudo/gastos-com-a-divida-consumiram-463-do-orcamento-federal-em-2022/>. Acesso em: 9 maio 2023.
- BARROCO, M. L. S. Direitos humanos, neoconservadorismo e neofascismo no Brasil contemporâneo. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 143, p. 12-21, jan./abr. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/zjrwPzBctDGqj84D74Vg4cv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 jun. 2023.
- BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BEHRING, E. R.; SOUZA, G. Ultraneoliberalismo e Fundo Público: análise do orçamento das políticas sociais e do ajuste fiscal em tempos de pandemia. In: SOUSA, A. A. S. de; *et al.* (orgs.). **Trabalho e os limites do capitalismo**: novas facetas do neoliberalismo. Uberlândia: Navegando Publicações, 2020, p. 131- 150.

BORGHI, C. M. S. O; OLIVEIRA, R. M.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 869-897, set./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/JpLdWtYsCMVV8YQm6PqMFk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 maio 2023.

BORYSOW, I. C. **O Consultório na Rua e atenção básica à população em situação de rua**. 2018. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-12062018-132859/pt-br.php>. Acesso em: 10 fev. 2023.

BOSCHETTI, I. Seguridade Social e projeto ético-político do Serviço Social: que direitos para qual cidadania? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 79, p. 108-129, 2004.

BOSCHETTI, I. Agudização da barbárie e desafios ao Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 54-71, jan./abr. 2017.

BOSCHETTI, I; SALVADOR, E. O financiamento da Seguridade Social no Brasil no período 1999 a 2004: Quem paga a conta?. In: MOTA, A. E. *et al.* (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 49-72.
BOURGUIGNON, J. A. Processo da pesquisa e suas implicações teórico-metodológicas e sociais. **Emancipação**, 6(1): 41-52, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 5 mar. 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 93, de 8 de setembro de 2016**. Altera o ato das disposições Constitucionais transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc93.htm. Acesso em: 9 maio 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o ato das disposições Constitucionais transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 9 maio 2023.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019**. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm. Acesso em: 3 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Seção 1, p. 25.694.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013.** Altera o art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12864.htm. Acesso em: 26 jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.134, de 16 de junho de 2015.** Altera a Lei nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego e o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20152018/2015/Lei/L13134.htm. Acesso em: 4 abr. 2023.

BRASIL. **Lei 13.135, de 17 de junho de 2015.** Altera as Leis nº 8.213, de 24 de julho de 1991, 10.876, de 2 de junho de 2004, 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e 10.666, de 8 de maio de 2003, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13135.htm. Acesso em: 4 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm#view. Acesso em: 9 mai. 2023.

BRASIL. **Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020.** Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para dispor sobre parâmetros adicionais de caracterização da situação de vulnerabilidade social para fins de elegibilidade ao benefício de prestação continuada (BPC), e estabelece medidas excepcionais de proteção social a serem adotadas durante o período de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13982.htm. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 14.489, de 21 de dezembro de 2022 – Lei Padre Júlio Lancelotti.** Altera a Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001 (Estatuto da Cidade), para vedar o emprego de técnicas construtivas hostis em espaços livres de uso público. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14489.htm. Acesso em: 1 jun. 2023.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 a. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 dez 2009a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 26 jun. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019.** Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm. Acesso em: 4 jun. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020.** Regulamentou a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Revogado pelo Decreto nº 11.077, de 2022.

BRASIL. **Decreto nº 11.016, de 29 de março de 2022.** Regulamenta o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, instituído pelo art. 6º-F da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Decreto/D11016.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2011.016%2C%20DE%2029,que%20lhe%20confere%20o%20art. Acesso em: 26 mar. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 11.371, de 1 de janeiro de 2023.** Revoga o Decreto nº 9.759, de 11 de Abril de 2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11371.htm#art1. Acesso em: 4 jun. 2023.

BRASIL. **Medida Provisória 927**, de 22 de março de 2020. Dispôs sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências.

BRASIL. **Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico (CECAD).** Disponível em: <https://cecad.cidadania.gov.br/painel03.php>. Acesso em: 26 mar. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (2021).** Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>. Acesso em: 26 mar. 2023.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Prévia da População dos Municípios com base nos dados do Censo Demográfico 2022 coletados até 25/12/2022.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html?edicao=35938&t=resultados>. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Administração e de Reforma do Estado (MARE). **Plano Diretor da Reforma do Estado.** Brasília: 1995. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Manual do Pesquisador – Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.** Brasília/DF: 2018, 84 p. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/manual_do_pesquisador_cadastro_unico_semlogo.pdf. Acesso em: 26 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **É possível Housing First no Brasil?: experiências de moradia para população em situação de rua na Europa e no Brasil** – Brasília: MMFDH, 2019. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/ptbr/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/DHUM0117_21x26cm_WEB4Pg.Separadas.pdf. Acesso em: 15 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários (2002).** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 9 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 27 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028, de 1 de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em: <https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/5568.html>. Acesso em: 9 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009 c. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção I, 25 dez 2009. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009 d**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html. Acesso em: 9 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 a**. 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). Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm. Acesso em: 26 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 b**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012 a. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção I, 26 jan. 2012. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012 b**. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Manual sobre o cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua**. Brasília, 2012 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014**. Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1238_06_06_2014.html#:~:text=Fixa%20o%20valor%20do%20incentivo,Consult%C3%B3rio%20naRua%20nas%20diferentes%20modalidades.&text=III%20%2Dpara%20a%20eCR%20Modalidade,mil%20eduzentos%20reais\)%20por%20equipe](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1238_06_06_2014.html#:~:text=Fixa%20o%20valor%20do%20incentivo,Consult%C3%B3rio%20naRua%20nas%20diferentes%20modalidades.&text=III%20%2Dpara%20a%20eCR%20Modalidade,mil%20eduzentos%20reais)%20por%20equipe). Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 9 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019**. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 4 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html. Acesso em: 10 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **30/1 – Dia Mundial das Doenças Tropicais Negligenciadas (2022)**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/30-01-dia-mundial-das-doencas-tropicais-negligenciadas/>. Acesso em: 6 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 (16/12/2020)** https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/1a-Edic%C3%A7%C3%A3o-Plano-Nacional-de-Vacinac%C3%A7%C3%A3o-contra-Covid_V1_16dez20.pdf. Acesso em: 20 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 768/2021**. Compreende a População em Situação de Rua como grupo prioritário, incluída no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-covid-19/notas-tecnicas/2021/nota-tecnica-no-768-2021-cgpn-deidt-svs-ms.pdf/view>. Acesso em: 3 fev. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua. SUAS e População em Situação de Rua**, v. 3. Brasília: Gráfica e Editora Brasil Ltda., 2011c.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/ Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**. Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistenciasocial/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Portaria nº177, de 16 de junho de 2011**. Define procedimentos para a gestão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, revoga a Portaria nº 376, de 16 de outubro de 2008, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/antigos/portaria-ndeg-177-de-16-de-junho-de-2011>. Acesso em: 25 mar. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 b**, dispõe sobre a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 de nov. 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf. Acesso em: 30 jun. 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Ministério da Saúde. [MDS & MSaúde] (2016). **Nota Técnica nº 1, publicada em 10 de maio de 2016**. Nota Técnica conjunta sobre Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf. Acesso em: 15 jul. 2023.

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República Brasília, 2011. Disponível em https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outrasreferencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres. Acesso em: 22 jul. 2023.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al.* (orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 88-160.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. *et al.* (orgs.). **Saúde e Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2012, p. 25-49.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J. Avanços das contrarreformas na Saúde no governo Temer. In: **Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, 16, v. 1, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/issue/view/938>.

BRITES, C. M. **Psicoativos (drogas) e serviço social: uma crítica ao proibicionismo**. São Paulo: Cortez, 2017.

CANDIANI, C. Os problemas clínicos mais comuns junto à população em situação de rua. *In: Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, p. 57-71.

CARNUT, L; MENDES, A; GUERRA, L. D. S. Da pandemia ao pandemônio? Sistemas agroalimentares, coronavírus e Sistema Único de Saúde. **Argumentum**. Vitória (ES), v. 13, n. 2, p. 126-145, mai./ago. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/32462/23921>. Acesso em: 25 mar. 2023.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CARVALHO, L. As causas dos transtornos mentais. *In: SANTANA, C. L. A; ROSA, A. S. (orgs.). Saúde mental das pessoas em situação de rua*: conceitos e práticas para profissionais da assistência social. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/saude_mental_pop_rua.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

CARVALHO, L; SANTANA, C. Promoção da Saúde Mental e prevenção de transtornos mentais. *In: SANTANA, C. L. A; ROSA, A. S. (orgs.). Saúde mental das pessoas em situação de rua*: conceitos e práticas para profissionais da assistência social. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/saude_mental_pop_rua.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CORTINA, A. **Aporofobia, a aversão ao pobre**: um desafio para a democracia. Tradução de Daniel Fabre – São Paulo: Editora Contracorrente, 2020.

DIAS, A. L. F. (org.). Dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil - Relatório técnico-científico. **Plataforma de Atenção em Direitos Humanos, Programa Polos de Cidadania, Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais**. Belo Horizonte, MG: Marginália Comunicação, 2021. Disponível em: <https://polos.direito.ufmg.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio-Incontaveis-2021.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2023.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**/Friedrich; tradução. B. A. Schumann: edição José Paulo Netto – São Paulo: Boitempo, 2008.

ESCOREL, S. A saúde das pessoas em situação de rua. *In: Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Brasília/DF, p. 111-133, 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em: 20 de maio. 2023.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(11):4521-4530, 2020. Disponível em: <https://www>.

scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 maio 2023.

FARIA, R. M., BORTOLOZZI, A. Território e Saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ra'eGa**. Curitiba, v. 38, p. 291-320, Dez./2016. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1221708>. Acesso em: 9 mai. 2023.

FATORELLI, M. L.; ÁVILA, R. **Gastos com a dívida consumiram 46,3% do orçamento federal em 2022 (2023)**. Disponível em <https://auditoriacidada.org.br/conteudo/gastos-com-a-divida-consumiram-463-do-orcamento-federal-em-2022/>. Acesso em: 9 mai. 2023.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. 5. ed. São Paulo: Globo, 2006.

FERRO, M. C. T. Invisíveis, porém humanos. **Carta Capital**. 19 ago. 2013. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/invisiveis-porem-humanos-1972.html>. Acesso em: 10 jan. 2023.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. **Recomendações para os Consultórios na Rua e a rede de serviços que atuam junto com a população em situação de rua**, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41125>. Acesso em: 21 jun. 2022.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. **A quarentena na Covid-19**: orientações e estratégias de cuidado, 2020.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde (2021)**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 19 de ago. 2023

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). In: NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2011/01/Determinacao.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2023.

FONTES, V. A transformação dos meios de existência em capital- expropriações, mercado e propriedade. In: BOSCHETTI, I. (org.). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2018, p. 17-61.

FRAGA, P. **População em Situação de Rua e acesso à Saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/136309>. Acesso em: 18 fev. 2023.

HUBERMAN, L. **História da riqueza do homem**; tradução de Waltensir Dutra; atualização e revisão técnica Marcia Guerra. 22. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2010.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação teórico-metodológica. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

KERSTENETZKY, C. L. **O estado do bem-estar social na idade da razão**: a reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

KRÜGER, T. R. A gestão do SUS como mercadoria. *In*: ANDRADE, R. F. C.; PINHEIRO, H. A.; VALLINA, K. A. L. (orgs.). **Campo minado**: as investidas do capital contra a Seguridade Social Brasileira. São Paulo: Alexa Cultural; EDUA: Manaus, 2020, p. 111-131. Disponível em: <https://ppgss.ufam.edu.br/livros.html>. Acesso em: 9 maio 2023.

LARA, R.; MARANHÃO, C. Fundamentos do trabalho, “questão social” e Serviço Social. *In*: Souza, E. A. S. *et al.* (orgs.). **Trabalho, questão social e serviço social**: a autofagia do capital. São Paulo: Cortez, 2019.

LENIN, V. I. **O imperialismo**: fase superior do capitalismo. 4. ed. São Paulo: Centauro, 2008.

LOURENÇO, E. A. S. **Na trilha da saúde do trabalhador**: a experiência de Franca/SP. 2009. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Unesp Franca, 2009. Disponível em: <https://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/edvania.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

MACHADO, M. P. M.; RABELLO, E. T. Consultórios na rua: uma revisão de literatura sobre seus objetivos, resolutividade e critérios de monitoramento e avaliação. *In*: NUNES, N. R. A.; SENNA, M. C. M.; CINACCHI, G. B. (orgs.). **População em Situação de Rua**: abordagens interdisciplinares e perspectivas intersetoriais. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2022, p. 109-127.

MARINI, R. M. **Subdesenvolvimento e revolução**. 4. ed. Florianópolis: Insular, 2013.

MARSICANO, A. C.; LEVINSON, E. Mulheres e as Ruas: o debate sobre gênero atravessado pela classe. *In*: RODRIGUES, I.; FERNANDES, D. C. (orgs.). **Cidadãos em situação de rua**: dossiê Brasil grandes cidades. Curitiba: CRV, 2020.

MARTINELLI, M. L. **Identidade e alienação**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MARTINEZ, M. O Consultório na Rua e as novas formas de intervenção em cenários de uso de crack: o caso de São Bernardo do Campo. *In*: RUI, T.; MARTINEZ, M.; FELTRAN, G. (orgs.). **Novas Faces da Vida nas Ruas**. São Carlos: EdUFSCar, 2016, p. 281-319.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Livro I: o processo de produção do capital, trad.: Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos**; tradução, apresentação e notas Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, K.; ENGLES, F. **Manifesto do Partido Comunista**. 3. ed. São Paulo: Sundermann, 2017.

MELLO, J. M. C. **O capitalismo tardio**. 11. ed. São Paulo, Unesp; Campinas, SP: Facamp, 2009.

MENDES, K. T.; CHAGAS, D. L.; PENNA, L. H. G. Saúde, cidadania, drogas e situação de rua: reflexões e caminhos para novas concepções. *In*: RODRIGUES, I.; FERNANDES, D. C. (org.). **Cidadãos em situação de rua**: dossiê Brasil – grandes cidades. Curitiba: CRV, 2020.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **Ser Social**, v. 22, n. 46, p. 9-32, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260. Acesso em: 4 jun. 2023.

MESQUITA, F. Redução de danos. *In*: **Boletim do Instituto de Saúde: 30 anos de Redução de Danos**. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. v. 21, n. 2, dez. 2020, p. 10-17. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/issue/view/2483/300>. Acesso em: 21 ago. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 22 jun. 2023.

MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2014.

MONTAÑO, C. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 110, p. 270-287, abr./jun. 2012.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

MOTTA, I.; BARRO, N. V. Mulheres em Situação de Rua: um olhar feminista e interseccional. *In*: NUNES, N. R. A.; SENNA, M. C. M.; CINACCHI, G. B. (orgs.). **População em Situação de Rua**: abordagens interdisciplinares e perspectivas intersectoriais. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2022, p. 128-146.

MOTA, A. E. S. **Cultura da crise e Seguridade Social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NATALINO, M. Nota técnica nº 73 Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). **Diretoria de Estudos e Políticas Sociais** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), junho 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10074>. Acesso em: 22 jun. 2023.

NATALINO, M. Nota técnica nº 103 Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022). **Diretoria de Estudos e Políticas Sociais** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), fevereiro 2023. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11604/4/NT_103_Disoc_Estimativa_da_Populacao.pdf. Acesso em: 26 mar. 2023.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e serviço social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NETTO, J. P. **Pequena história da ditadura brasileira (1964-1985)**. São Paulo: Cortez, 2014.

NEVES, L. C. População em situação de rua e o direito à saúde no cenário pandêmico. *In*: NUNES, C. A. R. et. al. (orgs.). **VII Congresso Internacional de Direitos Humanos de Coimbra 2022**. Campinas/Jundiaí: Brasília. Edições Brasil. Anais de Artigos Completos v. 10, p. 211-223, 2023. Disponível em: <https://www.cidhcoimbra.com/c%C3%B3pia-2022>. Acesso em: 16 ago. 2023.

NEVES, L.C; LUZIA, E. L. R, LIPORONI, A. A. R. C. População em situação de rua e política de saúde em tempos de pandemia. *In*: **IV Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos e V Seminário Nacional de Território e Gestão de Políticas Sociais e IV Congresso de Direito à Cidade e Justiça ambiental**. Londrina/ Paraná, mai. 2022. Disponível em: <https://www.congressoservicosocialuel.com.br>. Disponível em: 16 ago. 2023.

NOGUEIRA, D. O. **Determinação Social da Saúde e Serviço Social**: contribuições para o debate. 2017. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual Paulista - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca, 2017. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/152780/Nogueira_DO_me_fran.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em 10 jun. 2023.

NOGUEIRA, R. P (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Disponível em: <https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2011/01/Determinacao.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2023.

OLIVEIRA, C. F, *et al.* “Pandemia na rua”: estudo avaliativo do enfrentamento à Covid-19 por equipes de consultório na rua no Brasil. *In*: NUNES, N. R. A.; SENNA, M. C. M.; CINACCHI, G. B. (orgs.). **População em Situação de Rua**: abordagens interdisciplinares e perspectivas intersetoriais. Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2022, p. 128-146.

OLIVEIRA, K. B. T. **Pessoas em situação de rua**: as determinações sociais que motivam a viver e permanecer nas ruas. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Unesp, Franca, 2020. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/193403/Oliveira%2CKBT_me_franca.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 20 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. 30 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-1>
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. 11 de março de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 26 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à Covid-19**. 5 de

maio de 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 20 mai. 2023.

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. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2023.

PASSOS, R. G. “Holocausto ou Navio Negreiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>. Acesso em: 15 mar. 2023.

PELAEZ, E. J; *et al.* Ajuste fiscal e seguridade social: retrocessos e desafios em tempos de ofensiva conservadora. **Revista De Políticas Públicas**, Maranhão, v. 24, 2020, p. 200-220. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/15104/7993>. Acesso em: 09 dez. 2022.

PEREIRA, C. P. **Rua sem saída**: um estudo sobre a relação entre o Estado e a População em situação de Rua de Brasília. 2008. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/1542>. Acesso em: 25 jan. 2023

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PEREIRA, P.A.P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (orgs.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014, p. 23-39.

PEREIRA, C. P. Nova Direita, corporocracia e política social. In: PEREIRA, P. A. P. (org.). **Ascensão da Nova Direita e Colapso da soberania política**: transfigurações da política social. – São Paulo: Cortez: Politiza, 2020, p. 119-138.

PRATES, J. C. O método e a teoria marxiana. In: Oliveira I. F. *et al.* (orgs.). **Marx hoje**: pesquisa e transformação social. São Paulo: Outras Expressões, 2016.

PRATES, J. C.; NUNES, N. R.; BULLA, L. C. As refrações da questão social expressas nos processos de rualização no Brasil. In: NUNES, N. R. A.; SENNA, M. C. M.; CINACCHI, G. B. (orgs.). **População em Situação de Rua**: abordagens interdisciplinares e perspectivas intersectoriais. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022, p. 30-47.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde (2022-2025)**, jul./2022. Disponível em: https://www.franca.sp.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=10864:plano-municipal-de-saude-2022-2025. Acesso em: 30 jun. 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA. **História**. Disponível em: <https://www.franca.sp.gov.br/noticias/desenvolvimento/apresentacao-historia>. Acesso em: 30 jun. 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA. **Plano de Contingência do Município de Franca para Infecção Humana pelo novo Coronavírus – Covid-19**. 2020 b. Diário Oficial do Município, 2020. Disponível em: https://www.franca.sp.gov.br/index.php?option=com_

phocadownload&view=file&id=7221:plano-de-contingencia-covid19-pagina2&Itemid=1873. Acesso em: 18 fev. 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA. **Relatório Anual de Gestão 2021 a**, 14 de outubro de 2022. Disponível em: https://www.franca.sp.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=11225:relatorio-anual-de-gestao-2021. Acesso em: 5 jun. 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA. Secretaria de Ação Social de Franca. **Estudo de Impacto de Vizinhança** para instalação dos serviços para população de rua no prédio público municipal da rua Coronel Tamarindo, 2851 – Vila Formosa, 4 de maio de 2021a. Disponível em: https://www.franca.sp.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=8856:estudo-de-impacto-de-vizinhanca-servicos-para-populacao-em-situacao-de-rua. Acesso em: 5 mai. 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA. Secretaria de Ação Social de Franca. **Ações para atendimento às Pessoas em Situação de Rua janeiro a agosto de 2021 b**. Disponível em: https://www.franca.sp.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=9558:acoes-para-atendimento-as-pessoas-em-situacao-de-rua-jan-ago-2021&Itemid=2225. Acesso em: 30 jun. 2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA. Secretaria de Ação Social de Franca. **Projeto Piloto Moradia Primeiro e outras ações para a pop rua. 2021 c**. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1uFngUo0D5yV6kY4hWI30KFcdyqkGI0tq/view>. Acesso em: 30 jun. 2023.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS). **Pesquisa censitária da população em situação de rua, caracterização socioeconômica da população adulta em situação de rua e relatório temático de identificação das necessidades desta população na cidade de São Paulo, 2021**.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil** (com dados dos Censos 1991, 2000 e 2010). Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/idhm-munic%C3%ADpios-2010>. Acesso em: 1 mai. 2023.

RIBEIRO, D. **O povo brasileiro**: a formação e o sentido do Brasil. 2. ed. Curitiba-PR: Companhia das Letras, 1995.

RODRIGUES, I.; FERNANDES, D. C. **Cidadãos em situação de rua**: dossiê Brasil – grandes cidades, Curitiba: CRV, 2020.

SALVADOR, E. Fundo Público e financiamento da política de saúde em tempos de austeridade fiscal. In: ANDRADE, R. F. C.; PINHEIRO, H. A.; VALLINA, K. A. L. (orgs.). **Campo minado**: as investidas do capital contra a Seguridade Social Brasileira. Alexa Cultural: São Paulo, EDUA: Manaus, 2020 a, p. 111-131. Disponível em: <https://ppgss.ufam.edu.br/livros.html>. Acesso em: 9 mai. 2023.

SALVADOR, E. Disputa do fundo público em tempos de pandemia no Brasil. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 1-15, jul.-dez. 2020 b. Disponível em: <https://revistas.eletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/39326/26504>. Acesso em: 22 jun. 2023.

SANTANA, C. Consultório de ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 30 (8), p. 1798-1800, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XCA010814>. Acesso em: 14 nov. 2022.

SANTOS, J. S. **“Questão social”**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8 (1): p. 309-314, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NwLDv5yhjKPJm3W7j68R9LF/?lang=pt>. Acesso em: 1 mai. 2023.

SANTOS, M. O Retorno do Território. In: SANTOS, M.; SOUZA, M. A. A.; SILVEIRA, L. S. (orgs.). **Território**: globalização e fragmentação. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1998, p. 15-20.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SÃO PAULO (Estado). Coordenadoria de Controle de Doenças, **Nota Técnica 2, de 25 de março de 2020**. Assunto: Atuação e Funcionamento dos Serviços de Saúde Mental que compõem a Rede de Atenção Psicossocial quanto aos cuidados em relação ao coronavírus – Covid-19. Disponível: <https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Nota-Te%CC%81cnica-2-de-25de-marc%CC%A7o-de-2020.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2023

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, A. C. **Desenhando com a luz**: Fotografia, Serviço Social e População em Situação de Rua. SOUZA. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)- Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca/SP. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/236026/Silva_AC_tcc_fran.pdf?sequence. Acesso em: 30 jun. 2023.

SILVA, A. L.; SANTOS, S. M. M. Legado do marxismo na análise do direito à cidade e da diversidade sexual. In: BOSCHETTI, I; BEHRING, E.; LIMA, R. L. (orgs.). **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2018, p. 165-186.

SILVA, J. F. S. **Serviço Social**: resistência e emancipação? São Paulo: Cortez, 2013.

SILVA, J. S.; ARAÚJO, T. M. B. Entre a insuficiência e a morosidade o financiamento do SUS no governo Bolsonaro. In: ZIMMERMANN, C. R; CRUZ, D. U. (orgs.). **As políticas sociais no governo Bolsonaro**: entre descasos, retrocessos e desmontes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Salvador: Pinaúna, 2022, p. 279-305.

SILVA, L. F, COSTA, G. C. **Teoria da dependência e América Latina**: análise crítica na perspectiva da teoria da revolução permanente. São Paulo: Sundermann, 2018.

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

SILVA, T. L. **De vidas infames à máquina de guerra**: etnografia de uma luta por direitos. 2017. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Porto Alegre, RS, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/172916/001060368.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 2 fev. 2023.

SILVA, T. D.; NATALINO, M.; PINHEIRO, M.B. Nota técnica nº 74 – População em Situação de Rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais. Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest); Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc); **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, jun. 2020. Disponível em: ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200610_nt_74_diset.pdf. Acesso em: 30 jun. 2023.

SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS (SMDH). **Denúncia de violações dos direitos à vida e à saúde no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil** Passo Fundo: Saluz, 2021. 100 p. Disponível em: https://dhsaude.org/relatorio/documento_denuncia_portugues/. Acesso em: 20 mar. 2023.

SANTOS, E. T. A.; SARRETA, F. O. População em situação de rua na pandemia: desdobramentos da crise do capital. **SER Social**, v. 24, n. 51, p. 364-383, 2022. DOI: 10.26512/sersocial.v24i51.42539. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/42539. Acesso em: 30 jun. 2023.

VALE, A. R; VECCHIA, M. D. O cuidado à saúde de pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 24, n. 1, p. 42-51, jan./mar. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v24n1/a05v24n1.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2023.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil**: Estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan: Ucam, Iuperj, 1998.

YAZBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. **Temporalis**; Associação Brasileira de Ensino Pesquisa em Serviço Social. Ano 2, n. 3, p. 33-40, jan./jul. 2001. Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

YAZBEK, M. C. *et al.* A conjuntura atual e o enfrentamento ao coronavírus: desafios ao Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 5-12, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/7KdyBgqr46BS8KwYdvzSVgv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jun. 2023.

APÊNDICES:**Apêndice A: Roteiro de entrevistas com População em Situação de Rua****IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento: _____

Naturalidade: _____ Escolaridade: _____

Cor/ raça- como se autodeclara:

☐ Preta ☐ Branca ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena**Inserção no mercado de trabalho:**☐ Desemprego☐ Trabalho informal/ temporário. Qual? _____☐ Trabalho formal. Qual? _____

Quanto tempo está no município de Franca/SP? _____

Tempo em Situação de Rua? _____

Vivência nas ruas:

1. Principais motivos que levaram a encontrar na rua o espaço de vivência?
2. Possui vínculos familiares? Quais?
3. Onde costuma dormir? Acolhimento ou a própria rua?

Acesso a benefícios e direitos sociais:

4. Possui documentos de registro?
5. Recebe algum benefício social? Se sim, qual?

Direito à Saúde:

6. Tem alguma doença ou problema de saúde?
7. Faz uso regular de medicação?
8. Quando precisa de atendimento em saúde costuma procurar qual serviço?
9. Já foi impedido de acessar algum serviço de saúde? Se sim, qual?
10. Como você avalia o atendimento de saúde para população em situação de rua, no município de Franca/SP?
11. Como você avalia a atuação do Consultório na Rua?

Pandemia:

12. Como foi e tem sido a vivência nas ruas com a pandemia?
13. Recebeu equipamento de proteção contra a Covid?
14. Recebeu a vacinação contra a Covid-19? Se sim, qual serviço procurou?

Apêndice B: Roteiro de entrevistas com Equipe do Consultório na Rua

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____
 Idade: _____ Data de nascimento: _____
 Naturalidade: _____ Escolaridade: _____
 Cargo e função que ocupa na equipe: _____
 Formação: _____
 Realizou ou Realiza cursos de especialização: () Sim () Não
 Se sim, qual: _____

Tipo de vínculo empregatício:

Servidor público efetivo ()
 Cargo comissionado ()
 Contrato temporário ()
 Carga horária de trabalho: _____
 Tempo de atuação no Consultório na Rua? _____

Ações desenvolvidas pela eCR

1. Qual o principal objetivo do trabalho do Consultório na Rua?
2. Como é realizado o trabalho multiprofissional?
3. Qual a demanda atendida pelo Consultório na Rua, número de atendimentos diários/mensais?
4. Como é realizada a primeira abordagem do Consultório na Rua com o usuário?
5. Como a equipe trabalha na perspectiva da Redução de Danos?
6. Principais desafios da atuação com a População em Situação de Rua?

Acesso aos Serviços de Saúde:

7. Quais as dificuldades observadas para que a população tenha acesso aos serviços de saúde?

Intersetorialidade e ações de articulação

8. Como se desenvolve a articulação com outros serviços da política de Saúde?
9. Como se desenvolvem as ações intersetoriais?
10. Quais as principais dificuldades e potencialidades do trabalho com a rede intra e intersetorial?

Cenário de Pandemia:

11. Quais os impactos da pandemia para a população em situação de rua?
12. Como o cenário de pandemia interferiu nas atuações do Consultório na Rua?
13. Com a pandemia o Consultório na Rua passou a realizar novas ações? Se sim, quais?
14. A equipe conseguiu realizar a vacinação da população in loco?

ANEXOS

Anexo A: Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

NOME DO PARTICIPANTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: __/__/__ IDADE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: TIPO: _____ Nº _____ SEXO: M () F ()

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

CEP: _____ FONE: _____

Eu, _____, declaro, para os devidos fins ter sido informado verbalmente e por escrito, de forma suficiente a respeito da pesquisa: **População em Situação de Rua e o direito à Saúde: uma análise sobre o Consultório na Rua no município de Franca/SP**. O projeto de pesquisa será conduzido por **Lais Caroline Neves**, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, orientada pelo Prof (a).Dr (a) **Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni**, pertencente ao quadro docente da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais/UNESP/C.Franca. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação de: (Monografia, Dissertação, Tese, Projeto (s), Relatório Trienal de Atividades/Docente, etc.) observando os princípios éticos da pesquisa científica seguindo procedimentos de sigilo e discrição. **A pesquisa tem como objetivo analisar as ações desenvolvidas pelo Consultório na Rua, no que tange aos processos de promoção e prevenção da saúde da população em situação de rua no município de Franca/SP.** Fui esclarecido sobre os propósitos da pesquisa, os procedimentos que serão utilizados e riscos e a garantia do anonimato e de esclarecimentos constantes, além de ter o meu direito assegurado de interromper a minha participação no momento que achar necessário.

Franca, de _____ de _____.

Assinatura do participante

Pesquisador Responsável

Nome: Lais Caroline Neves

Endereço: Rua Vicente Cedrinho, 236, Jardim Santa Clara, Serrana/SP.

Tel: (16) 99206-4427

E-mail: lais.neves@unesp.br

Orientador Prof. (a) Dr. (a)

Nome: Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni

Endereço: Rua Adib Augusto Salomão, 1780, Apto 07, Franca/SP.

Tel: (16) 99288-4888

E-mail: andreialiporoni@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Unesp - Campus de Franca

Av. Eufrásia Monteiro Petraglia, 900 - Jd. Dr. Antônio Petraglia - CP 211. CEP: 14409-160 - FRANCA - SP

Telefone: (16) 3706-8723 - Fax: (16) 3706-8724 - E-mail: comiteetica@franca.unesp.br

Anexo B: Autorização para realização da pesquisa de campo



PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCA
Secretaria Municipal de Saúde
RESIDÊNCIA MÉDICA



Franca, 26 de Abril de 2022.

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA

Venho solicitar a anuência para o desenvolvimento do projeto de pesquisa de mestrado intitulado **POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À SAÚDE: uma análise sobre o Consultório na Rua de Franca/SP**. Trata-se de pesquisa de mestrado, que será desenvolvida pela discente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social Laís Caroline Neves, sob a minha orientação Profa. Dra. Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni, docente do curso de Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Unesp/ Franca. A pesquisa será desenvolvida no Consultório na Rua e serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais da equipe, a fim de compreender como se desenvolve o processo de atenção à saúde da população em situação de rua. O projeto será previamente apresentado à equipe e poderão participar todos os interessados. Estou ciente de que o desenvolvimento da pesquisa e a coleta de dados só poderão ser realizadas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unesp/ Franca.

Desde já agradeço

Profª Dra. Andréia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni
Docente do Programa de Pós-graduação em Serviço Social Unesp/Franca.
Orientadora do Projeto

Waléria Souza de Mascarenhas
Secretária de Saúde de Franca

Avenida Dr. Flavio Rocha 4780 – Jd Redentor – CEP 14405-600
(16) 3711-9423 – flaviosilva@franca.sp.gov.br

Anexo C: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS/CAMP. DE FRANCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À SAÚDE: uma análise sobre o Consultório na Rua no município de Franca/SP.

Pesquisador: Laís Caroline Neves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60912122.0.0000.5408

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.672.311

Apresentação do Projeto:

APROVADO: O projeto foi apresentado de forma clara e concisa. Todos os elementos necessários para a compreensão da pesquisa, inclusive como se dará a pesquisa de campo, estão presentes. É um Projeto de Pesquisa relevante, contempla o disposto na Resolução CNS N.º 510 de 07 de abril de 2016.

Objetivo da Pesquisa:

APROVADO: O objetivo principal da pesquisa foi explicitado de forma clara e direta, a saber: Analisar as ações desenvolvidas pelo Consultório na Rua, no que se refere aos processos de promoção e prevenção da saúde da População em Situação de Rua, no município de Franca/SP

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

APROVADO: Os potenciais riscos foram bem considerados, em consonância com o disposto na Resolução CNS 510 de abril de 2016. Também foram apresentadas formas evitá-los e/ou para diminuir seus impactos. Os benefícios também foram suficientemente conjecturados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

APROVADO: Como toda pesquisa bem fundamentada, a presente é relevante e apresenta de forma clara como se dará o contato com os participantes da pesquisa, ao todo 17 participantes. Foram apresentadas formas de evitar os riscos e/ou diminuir seus impactos.

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8724 **E-mail:** comiteetica@franca.unesp.br

**UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS/CAMP. DE FRANCA**



Continuação do Parecer: 5.672.311

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

APROVADO: Os Termos de apresentação obrigatória foram corretamente preenchidos e inseridos, conforme o disposto na Resolução CNS N.º 510 de 07 de abril de 2016 em seu Anexo II.

Recomendações:

Não há recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se pela APROVAÇÃO do presente projeto de pesquisa. Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O coordenador aprova "ad-referendum" do colegiado o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1974076.pdf	17/08/2022 20:19:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisamestrado.pdf	17/08/2022 20:18:14	Lais Caroline Neves	Aceito
Outros	Questionariosparaentrevistas.pdf	23/07/2022 10:30:42	Lais Caroline Neves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AutPesquisaLaisNeves.pdf	23/07/2022 10:30:01	Lais Caroline Neves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DeclaracaoSecretaria.pdf	23/07/2022 10:29:08	Lais Caroline Neves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEASSINADOORIENTADORAEPESQUISADORA.pdf	23/07/2022 10:25:30	Lais Caroline Neves	Aceito
Folha de Rosto	FolharostoLAIS.pdf	23/07/2022 10:24:23	Lais Caroline Neves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8724 **E-mail:** comiteetica@franca.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS HUMANAS E
SOCIAIS/CAMP. DE FRANCA



Continuação do Parecer: 5.672.311

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FRANCA, 29 de Setembro de 2022

Assinado por:
Marcos Alves de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8724 **E-mail:** comiteetica@franca.unesp.br