



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O ACESSO À SAÚDE: UMA ANÁLISE
SOBRE PERSPECTIVAS DA PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL**

ALINE FERNANDES LIRA

NATAL/RN
2021

ALINE FERNANDES LIRA

**POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O ACESSO À SAÚDE: UMA ANÁLISE
SOBRE PERSPECTIVAS DA PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado para apresentação ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 23/04/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Tássia Monte Santos (orientadora – DESSO/UFRN)

Prof.^a Dr.^a Ilena Felipe Barros (membro interno – DESSO/UFRN)

Manuella Brandão Marques Bezerra - CRESS/2523

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências Sociais Aplicadas - CCSA

Lira, Aline Fernandes.

População em situação de rua e o acesso à saúde: uma análise sobre perspectivas da proteção social no Brasil / Aline Fernandes Lira. - 2021.

46f.: il.

Monografia (Graduação Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Serviço Social. Natal, RN, 2021.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Tássia Monte Santos.

1. População em Situação de Rua - Monografia. 2. Direitos Sociais - Monografia. 3. Política de Saúde Pública - Monografia. I. Santos, Tássia Monte. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/Biblioteca CCSA

CDU 364.6-058.51:61

AGRADECIMENTOS

Início os agradecimentos certa de que as palavras são incapazes de expressar tamanha gratidão por essa jornada, por tudo que o Serviço Social foi capaz de mobilizar em mim, por todos os bons encontros, aprendizados, descobertas, sacrifícios e conquistas.

Agradeço primeiramente a Deus, por não me deixar perder o sentido e o sabor. É Ele que me torna capaz.

Aos meus pais, que apesar de tudo, nunca mediram esforços para me verem chegar até aqui. Painho, a cada sinal de orgulho por eu ocupar uma cadeira na universidade federal, houve um incentivo para eu seguir em frente. Mainha, a cada cuidado e compreensão, me deram a certeza que eu nunca estive sozinha, na vida e nessa trajetória acadêmica.

À Comunidade Católica Shalom, em todas as pessoas que foram verdadeiros consolos. Por tudo que me ensina e por ser o lugar que me faz acreditar na minha missão, me faz acreditar no propósito e aceitar meus processos.

À madrinha Bila (in memoriam), por toda coragem que representa para mim, pela preocupação que sempre teve e por ter desejado o fim desse ciclo para comemorar comigo, tudo isso me motiva.

Aos meus verdadeiros amigos, que são tantos, por terem aguentando com paciência as minhas inúmeras queixas e desabafos e por cada “acredito em você! vai dar certo!”. A minha dívida de gratidão com vocês é imensa. À Stévson e Lary, que são suportes pacientes de todos os dias, obrigada por não soltar minha mão, sem vocês teria sido mais difícil. Dri e Ray, minhas “irmãs”, obrigada por toda compreensão e por serem hoje minha família em todos os aspectos, gratidão pelas comidinhas e pelos abraços nas crises da vida.

Aqui, com muita gratidão, recordo das minhas manhãs no Setor I com minha Grande Mesa. Meninas, como foi bom rir, se preocupar, evoluir e ocupar espaços gigantes com vocês. As levarei pra vida, com muito carinho. E Amanda, você foi e é essencial para mim em todas as nossas trocas, obrigada por acreditar e incentivar, é tudo recíproco! Mayara, Thalita e Letícia, preciso agradecer a vocês por tanto apoio nesse último ano, por dividirem as angústias e animar sempre que possível, vocês são incríveis.

À Manu, como carinhosamente chamo, minha supervisora de estágio, agradeço por tanto acolhimento e compromisso profissional. Você é inspiradora e entra para história da minha formação acadêmica com inúmeras contribuições, tenha certeza que aprendi e aprendo muito contigo. À você e a toda a equipe de assistentes sociais do Hospital Giselda Trigueiro, foi uma vivência especial, que me possibilitou pensar, investigar e desenvolver este trabalho.

Aqui me recordo de Cleyton que com sua história de vida me mobilizou a enxergar e estudar a população em situação de rua.

À professora Ilena, que com tanta personalidade, irreverência e docilidade, me ensinou para além dos muros da UFRN. E agradecendo a professora Ilena, lembro-me de todo o corpo docente que contribuiu com humanização para minha formação, tornou tudo mais leve e possível, desde às aulas fora da sala aos debates mais intensos e que tanto me mobilizaram, meu muito obrigada.

À Tassia Monte, minha orientadora, por embarcar nessa aventura final em meio a tantos desafios de prazos, de encontros remotos, por cada “respira, Aline”. De fato, fica minha gratidão pela compreensão, olhar crítico e atento. Tudo foi preciso, muito obrigada por acreditar que seria possível.

Enfim, a todos que intercederam, torceram, contribuíram direta ou indiretamente neste processo, meu muito obrigada.

RESUMO

O fenômeno social população em situação de rua, desde sua gênese, constitui a pobreza nas sociedades capitalistas, sua expansão está associada ao processo de acumulação do capital, e nessa direção configura a desigualdade social. Não obstante, à população sobrando, enquanto cidadãos, lhes são conferidos acessos legais às políticas sociais, como a política de saúde. Considerando essa perspectiva, o presente estudo objetivou, analisar a estrutura da proteção social no Brasil, no acesso à política pública de saúde por parte da população em situação de rua, a partir dos princípios democráticos do SUS, com a materialização dos direitos sociais universais, na ponta dos serviços ofertados. Para atingir esses objetivos, foi realizada a pesquisa qualitativa, com análise bibliográfica. Destarte, com análise empreendida ao longo do trabalho, percebe-se que o acesso à saúde como um direito social universal, só pode se realizar com a democratização dos serviços, ou seja, ofertando para a sociedade sem distinção social de qualquer ordem ou natureza.

Palavras-chave: População em Situação de Rua; Direitos Sociais; Política de Saúde Pública.

ABSTRACT

The social phenomenon of the homeless population, since its beginning, constitutes poverty in capitalist societies. Its expansion is associated with the process of capital accumulation, and it is in this direction that social inequality is configured. Nevertheless, for the left-aside population, as citizens, is granted legal access to social policies, such as health policy. Considering this perspective, the present study aimed to analyze the Brazilian structure of social protection, in the access to public health policy by the homeless population, based on the democratic principles of the Brazilian Universal Health Care System, SUS, with the materialization of universal social rights, as the head of the offered services. To achieve these objectives, a qualitative research was carried out, with bibliographic analysis. Thus, with analysis undertaken throughout the research, it is clear that access to health as a universal social right, can only be achieved with the democratization of services, that is, offering to society without any social distinction of any kind or nature.

Keywords: Homeless Population; Social rights; Public Health Policy.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	07
2.	A PRODUÇÃO DA DESIGUALDADE SOCIAL NA FORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA BRASILEIRA: UMA ANÁLISE DO FENÔMENO POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	13
2.1.	O CAPITALISMO PERIFÉRICO BRASILEIRO E A PRODUÇÃO DA SUA POPULAÇÃO SOBRENTE.....	13
2.2.	AS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS.....	21
3.	OS DIREITOS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: O ACESSO À POLÍTICA DE SAÚDE	26
3.1.	A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL FUNDAMENTAL.....	26
3.2.	O ACESSO DA SUPERPOPULAÇÃO RELATIVA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ENTRAVES E POSSIBILIDADES.....	30
4.	O DESMONTE DAS POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL: IMPACTOS À SAÚDE PÚBLICA E AGRAVAMENTO DA “QUESTÃO SOCIAL”	38
4.1.	O SUBFINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS SOCIAIS E A ASFIXIA DOS DIREITOS SOCIAIS.....	39
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
6.	REFERÊNCIAS.....	46

1.0 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta pesquisa consiste na análise e as formas de acesso da PSR aos serviços da política pública de saúde, no Brasil. A pesquisa buscou investigar como se materializam os direitos à saúde, sobretudo por se tratar de um grupo bastante heterogêneo e complexo, neles estão expressas as várias implicações da questão social. Toda pessoa em situação de rua deve ser considerada na condição humana, ainda que sua condição de cidadania se encontre deteriorada. Afinal, esta última expressão o nível da condição primeira, ambas são determinadas historicamente e carregam os traços de uma dada sociedade e contexto. A condição de cidadania abrange direitos e deveres previstos na Constituição Federal e isto independe de cor, raça, religião e condição social/econômica, a Constituição em seu Artigo 5º afirma que não há distinção de qualquer natureza, não podendo ser violado o direito à vida, à liberdade, igualdade, segurança, prosperidade e tudo aquilo que lhe é violado se constitui, portanto, como atentado à Constituição.

No Brasil, como um traço constitutivo da sua formação desde a colonização, está o racismo, o elitismo, o machismo, a tortura, que conformam uma gama de aspectos fundacionais da cultura autoritária brasileira, de fato, uma cultura cravada na hostilidade. A Constituição Federal de 1988 surge e busca eliminar essas práticas, a fim de estabelecer e fortalecer uma sociedade com cidadãos livres e iguais. É assim que a Declaração Universal dos Direitos Humanos¹ reconhece as pessoas, como seres sem distinção, iguais diante da lei e por isso não podem ser discriminadas. Compreender o que leva as pessoas a viverem nas ruas nos leva ao contexto histórico e as mazelas da questão social, onde a sociedade capitalista empobrece a uns para se apropriar dos lucros e nisso emerge a segregação, a depender de suas posses, classe social e força de trabalho. Pensar nessa população é trazer à razão os sentidos da questão social, e a partir de então a concepção de que as pessoas não “são da rua”, mas sofreram e sofrem processos de rualização que se configura em múltiplos condicionantes, sobre excluídos e incluídos podemos refletir:

Não há como definir um limite preciso entre o “incluído” e o “excluído”. Não se trata de um conceito mensurável, mas de uma situação que envolve a informalidade, a irregularidade, a ilegalidade, a pobreza, a baixa

¹ Documento que delimita os direitos fundamentais do ser humano, com princípios que priorizam a paz, a cidadania e a democracia no mundo. Criada pela ONU (Organização das Nações Unidas), em 1948.

escolaridade, o oficioso, a raça, o sexo, a origem, e principalmente, a falta de voz (MARICATO, 1994, p.51).

Segundo Oliveira (2007), no Brasil a inclusão é a mesma que exclui, o mundo da mercadoria acaba por incluir a todos, mesmo os que se intitulam desempregados, mas reparemos, nunca desocupados. O número de pessoas com atividades informais cresce, contudo, os que sofrem o processo de rualização sequer trazem a oportunidade de prover sua renda. Para as pessoas em situação de rua, o conjunto de privações são maiores, a pobreza aparece como um fator dominante, mas é cabível entender que não somente se trata de uma pobreza econômica, sobretudo, para Demo (2003) essa temática se relaciona com a questão política da pobreza, onde afirma:

[...] o cerne mais duro da pobreza é político. Exclusão social mais dramática não é só não dispor de bens essenciais. É sobretudo, não conseguir alçar-se à condição de sujeito capaz de comandar seu destino. Nega-se não só acesso material, mas principalmente a autonomia emancipatória (DEMO, 2003, p.36).

O grande ponto está, nesse caso, na perda da autonomia emancipatória a PSR acaba também por ser marginalizada e esse fato esconde as reais circunstâncias que levam essas pessoas às ruas: muitos perderam seus empregos, romperam vínculos afetivos por não conseguirem conviver no ambiente familiar, outros por dependência química ou relações agravadas, em suma, são complexos processos de perdas: familiares, empregatícias, de relações e até mesmo de esperança, isso as levam até a rua. Ferreira e Machado (2007) identificam quatro principais grupos de fatores que mais levam pessoas a terem a rua como lugar de referência para se viver: situações de violência, desemprego, uso e abuso de drogas e problemas de saúde. São situações isoladas, pouco combinadas, em períodos de tempo específicos. No caso das experiências de violência se enquadram todas as formas (psicológica, moral, sexual, física, etc) e possuem, majoritariamente, como vítimas mulheres, idosos, crianças e pessoas com deficiência, razões que incidem em rompimentos de vínculos e saídas a longo prazo de suas residências. Dos elementos associados ao desemprego é caracterizado por pessoas que não conseguem prover sua própria renda, mesmo que seja em atividades informais e na ausência de ocupar e sustentar um lar, ocupa as ruas. Os outros grupos identificados perpassam a realidade de adoecimento, com doenças de difícil aceitação social, pois os tabus e a estigmatização impõem barreiras à conscientização social sobre doenças como a AIDS Tuberculose, Hanseníase e demais doenças infecto-contagiosas que, estando na

rua, são sujeitos a adquirirem conforme suas condições de vida, logo que muito dos familiares por não ter recursos para assistirem e pouco entendimento de seus direitos, não são capazes de lidar. Ademais, as doenças psicológicas também aparecem como afetamento direto para essa população e os diversos transtornos mentais provocam também o desconhecimento e estranhamento social, somado a baixa condição de vida, sendo um forte fator para o processo de rualização.

O agravante, que mobiliza e traz o questionamento é: como essa população é percebida e atendida, para que lhes sejam assegurados seus direitos enquanto cidadãos. Estes que, ao longo dos anos, se acostumaram com a violência e violação, com o afastamento inclusive do seu direito de fala, que são assistidos com medidas paliativas e meramente assistencialista, em muitas esferas da sociedade civil: seja com a esmola dada, a crítica dita “tão novo e na rua”, “não arruma emprego porque não quer”, “se tivesse se cuidado não teria tantos filhos e não estaria na rua passando necessidade”, com a dificuldade em acessar os serviços e até mesmo na compreensão que tais serviços são dispostos a eles, lhes assegurados por lei, embasados em políticas públicas.

Falar do acesso à saúde pública e aferir, mesmo que brevemente, o Sistema Único de Saúde e seu surgimento no Brasil é imprescindível, logo que em 1889 com a Proclamação da República veio a ideia de modernizar o Brasil. A necessidade de atualizar a economia e a sociedade favorecendo o sistema capitalista, fazia com que tudo girasse em torno da instalação dessa produção, nascendo com isso as primeiras indústrias, resultando também em disposições precárias de trabalho, na qual os operários se submetiam as jornadas de trabalho sem um mínimo de assistência para qualificar as condições de vida e subsistência. O quadro sanitário era caótico, por não existir um modelo sanitário as cidades ficavam expostas as epidemias, com doenças transmissíveis e pestilenciais: febre amarela, varíola, tuberculose, sífilis, endemias, etc, frutos das imigrações, migrações e débeis condições de saneamento.²

² Um fato marcante neste período foi a Revolta da Vacina, incentivada pela Lei Federal 1.261/1904, que tornou obrigatória a vacinação contra a varíola (doença proliferada pela grande quantidade de lixo nas ruas do Rio de Janeiro, bem como presença de ratos e mosquitos transmissores), esse modelo de intervenção passa a ser conhecida como campanhista, concebida dentro de uma visão militar, usando da força e da autoridade (nela, sua obrigatoriedade precisava ser constatada para casos de casamento, hospedagem, viagem e até matrículas em escolas) caso alguém se opusesse estaria sujeito a multa, sobretudo, a população insatisfeita protestou contra a lei que obrigava a vacinação e contra os serviços básicos de utilidade pública defasados, pois a cidade possuía acentuados problemas de saúde e riscos urgentes de contaminação nas ruas. Em 16 de novembro a lei foi modificada e o uso da vacina tornou-se opcional, sendo proclamado o Estado de Sítio, o governo ainda em reação desmanchou o movimento de luta na época, que intitularam por “rebeldes”, prendendo as

Dessa forma, vale ressaltar que a Reforma Sanitária é um aspecto importante a ser citado, já que nasce no contexto também de luta, dessa vez contra a ditadura militar no início da década de 1970, a essa reforma foi atribuída um conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde: grupos de médicos e outros profissionais, preocupados com a situação de saúde pública desenvolveram teses e levantaram discussões políticas sobre a temática, o que resultou em um marco institucional, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se destacaram e dedicaram-se à luta, está o sanitarista Sérgio Arouca. As propostas apresentadas apontaram para, finalmente, a universalidade do direito à saúde oficializado na Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde.

Nota-se que, a inserção do SUS e o acesso a saúde como direito, em seus princípios e práticas, se configuram historicamente por processos de lutas, defesas e conquistas, com a participação horizontal da população, haja vista que a reforma sanitária objetivando introduzir ideias para debates e conquistando melhores condições de vida, alcança valor significativo na sociedade brasileira e acaba por instalar um sistema único, universal e ampliado.

Para tanto, trazendo a discussão para a efetivação direta na prática, cabe pensar nas políticas públicas como ferramentas que devem concretizar os direitos para as pessoas, de tal modo, é também afirmar aquilo que a PNPR (Política Nacional para População de Rua, decreto nº 7.053, 23 de dezembro/2009) assegura: acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram todas as políticas. Não é suficiente apenas existir os direitos, o Estado através das políticas, precisa evidenciar como serão concretizadas tais ações, além de investir, definir programas, planejar e avaliar, isso nas esferas básicas: moradia, educação, trabalho e saúde. Assegurar a PSR, práticas democráticas para acessar serviços é recordar o histórico de luta e resistência por tantos profissionais que discutem e tocam ordinariamente nos flagelos dessa população, que tantas vezes se acostumaram com práticas de cunho assistencialistas, paternalistas, autoritárias e até de higienização social.

O Serviço Social aparece na promoção da assistência e tem como referência, profissionalmente, a Lei de Regulamentação da Profissão e os princípios do Código de Ética

peças e levando a um saldo de 30 mortos, 110 feridos, 461 deportados para o estado do Acre e 945 pessoas presas na Ilha das Cobras, no RJ. Este fato marcante revela as condições sanitárias que a população brasileira vivencia no início da década de 90 e que através da luta, da manifestação nas ruas e da pressão posta sobre o poder público, conseguem respostas que favoreçam minimamente as condições de acesso a um sistema digno de saúde, refletindo que, não somente uma vacina resolva toda a situação de adoecimento, mas que a visão deve ser posta em todo o cenário, desde as ruas estando sempre expostas sem atenção sanitária à prevenção e combate.

Profissional, como sendo parâmetros para desenvolver uma atuação em vários âmbitos: na acolhida, na recepção das demandas, prestação de informações e orientações, bem como nos encaminhamentos específicos e necessários na rede assistencial. Nesses espaços sócio-ocupacionais, o assistente social participa do Plano de Acompanhamento Individual e/ou familiar, realiza atividades que tragam o debate sobre a realidade social e novos projetos de vida, além de promover ações educativas que envolvam a população e seus direitos. Mediante suas atribuições, dentro de suas práticas democráticas e enquanto categoria, o profissional do serviço social deve possuir uma atuação crítica, ética e propositiva, com o intuito de romper as diversas formas discriminatórias e suas manifestações, no que se refere às condições da PSR. O assistente social passa a ser caracterizado como profissional da saúde a partir da Resolução N.º 383/99 de 29/03/1999, documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social, considerando o novo conceito de saúde-doença em decorrência das condições de vida e do trabalho, nisto, atribui ao serviço social a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos, além de buscar a consolidação dos princípios do SUS. Dessa forma, o/a assistente social, na área da saúde é respaldado legalmente e mobilizado a uma atuação ética, crítica e propositiva na acolhida das demandas e encaminhamentos.

A partir de 2012 a PSR cresce 140%, chegando a 222 mil brasileiros vivendo nas ruas (IPEA). Em 2019, com o estudo “Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil” assinado pelo sociólogo Marco Antônio Natalino, houve uma análise onde se constatou que a maioria dos moradores de rua estão em municípios com mais de 100 mil habitantes, principalmente nas regiões Sudeste (56,2%), Nordeste (17,2%) e Sul (15,1%). “O tamanho do município, bem como seu grau de urbanização e de pobreza estão associados ao número de pessoas morando nas ruas, o que indica a necessidade de políticas públicas adequadas a essas cidades”, afirma o pesquisador e sociólogo.

Destarte, o presente trabalho traz como provocação inicial a vivência no estágio curricular obrigatório no Hospital Giselda Trigueiro frente às demandas experienciadas, a partir de observações e interlocuções com a Assistente Social Manuella Brandão, enquanto pesquisa qualitativa foi utilizada análise bibliográfica e documental. A estrutura da monografia traz em três capítulos temáticos conceitos, categorias e análises acerca do fenômeno população em situação de rua e o acesso à saúde. Nesta compreensão, apreender o que se configura desigualdade social é imprescindível aprender a predominância do sistema capitalista que se estrutura e reestrutura socialmente, mas permanece com seu caráter acumulativo e segregador, ainda no primeiro capítulo também compreende-se o fenômeno em

suas características comuns, em suas experiências de vidas e como a jornada dessas pessoas atravessa a perspectiva de cidadania. Enquanto cidadãos de direitos, a configuração de direito social garante o acesso às políticas sociais, em específico neste trabalho a política de saúde, em sua concepção ampliada e universal, no segundo capítulo temático encontra-se o debate acerca das conquistas legais representadas pela Constituição Federal e as legislações que regulamentam o SUS que foram resultados de lutas e conquistas da sociedade, centenas de pessoas em situação de vulnerabilidade reclamaram seus direitos, lutaram por reajustes e compreenderam como os direitos sociais se aplicam em suas vidas, de modo que nada foi concedido de forma gratuita e por generosidade, mas houve resistência e anos de enfrentamento para assegurar a efetivação de um Sistema Único de Saúde em consonância com seus princípios e diretrizes. No terceiro capítulo é trabalhado e retomado o conceito de seguridade social, em seu tripé está a saúde, previdência e assistência. A seguridade social no Brasil requisita o aprofundamento em seu financiamento, dentro de cada política, e é neste ponto em que historicamente se observa o desmonte no fundo público, onde Salvador (2012) subsidia a teoria e apresenta as implicações no agravamento das expressões da questão social advindas dessa asfixia no subfinanciamento das políticas. Na execução das políticas sociais está a evidência de que tantas vezes o que era para promover saúde, acaba por promover a morte e a miséria de uma população já estigmatizada, isso porque o que chamo de política de morte é a política que estrangula os serviços públicos, a partir do subfinanciamento das políticas sociais, acaba por priorizar a destinação do fundo público para o rentismo bancário e viabiliza incentivos fiscais a outros setores capitalistas, por exemplo.. Por fim, considera-se que as políticas públicas, em sua realização humanizada, torna-se, oportunamente, um meio para a garantia dos direitos sociais e de cidadania, inclusive, a pessoas que estão em condição de rua. As políticas sociais e seus equipamentos são formas de garantir a visibilidade e o atendimento a PSR e as suas necessidades e demandas, das elementares às mais complexas, como é o caso do acesso à saúde pública, ou seja, existem conquistas e entraves nesse processo, mas o que precisa ser posto em evidência para que sirva de alavanca é a compreensão de que as pessoas em situação de rua são sujeitos de direitos e isso não pode ser negado em nenhuma circunstância.

2.0 A PRODUÇÃO DA DESIGUALDADE SOCIAL NA FORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA BRASILEIRA: UMA ANÁLISE DO FENÔMENO POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

“Quem quiser saber a verdade acerca da vida imediata tem que investigar sua configuração alienada, investigar os poderes, objetivos que determinam a existência individual até o mais recôndito nela”. Theodor Adorno (apud Mello; Novais, 2006, p. 658)

Abordar a desigualdade social a partir da realidade de um país, nesse caso, o Brasil, implica retomar e situar, histórica e conceitualmente, algumas problemáticas aparentemente latentes, mas que se agravam no cotidiano da sociedade. A desigualdade social é determinada por distribuição desigual de riqueza e renda produzidas socialmente, como também pode haver o entendimento de desigualdade sem ter necessariamente pobreza, a conhecida pobreza relativa. Destarte, no sistema capitalista do qual veremos mais à frente, a desigualdade sempre existirá como um fator resultante das relações. No ato conceitual, tal desigualdade é vista como um problema que não pode ser naturalizado ou tido como imutável. Isso evidencia o quanto é complexo e repleto de dimensões tratar suas implicações e buscar a erradicação, em um sistema contraditório.

Paralelo, é perceptível que aproximar-se da discussão do fenômeno população em situação de rua, é tratar de modo direto a chamada exclusão social, termo que se associa tantas vezes como sinônimo de pobreza, o que é equivocado afirmar, haja vista que exclusão social remete a casos de privação e desvantagem, não se limitando apenas à privação de bens e materiais, o que pode ocorrer com todos os segmentos da sociedade: negros, idosos, pessoas com deficiência e demais minorias sociais.

Neste capítulo, as reflexões têm como ponto de partida os rebatimentos do capitalismo periférico no Brasil, e como as consequências afetam a população sobrance conduzidos e reduzidos a essa vivência.

2.1 O CAPITALISMO PERIFÉRICO BRASILEIRO E A PRODUÇÃO DA SUA POPULAÇÃO SOBRENTE

A compreensão do fenômeno população em situação de rua é muito mais ampla do que estamos acostumados a entender no habitual da vida. O primeiro pensamento é de que estamos diante de pessoas que desistiram de buscar emprego, que se entregaram ao uso constante de álcool e outras drogas e que portanto não são confiáveis. A primeira impressão é

repulsa e medo, mas é preciso adentrar em um contexto histórico e perceber os caminhos percorridos e os estigmas sociais que interferem na cidadania dessa população. Na perspectiva de sociabilidade humana podemos trazer o trabalho como sendo um elemento central nesse processo de cidadania, haja vista que é uma atividade concreta que se torna condição básica em toda história da humanidade, a julgar o fato de que a sociedade produz constantemente, satisfazendo suas necessidades sociais e atendendo as necessidades de comer, vestir e habitar, para citarmos as dimensões mais elementares e vitais de qual forma de sociabilidade.

Todo trabalho é, de um lado, dispêndio de força humana de trabalho, no sentido fisiológico, e, nessa qualidade de trabalho humano igual ou abstrato, cria o valor de mercadorias. Todo trabalho, por outro lado, é dispêndio de força de trabalho, sob forma especial, para um determinado fim, e, nessa qualidade de trabalho útil e concreto, produz valores de uso (Marx, 1988a: 54)

Marx traz o entendimento de trabalho como objeto que produz valor de uso e considera também seus estudos sobre mercadoria, que fomenta a geração de riqueza no âmbito social. As mercadorias, por sua vez, se apresentam a priori como materiais úteis, com capacidade de atender necessidades humanas, mas só se tornam mercadorias por possuir utilidade e valor, pois um objeto pode possuir utilidade e não apresentar valor, como o ar, a floresta natural etc, isso porque não decorreu do trabalho humano. Aqui, entende-se que para ser mercadoria, o valor de uso precisa aparecer com destinação e servir com utilidade.

Na produção capitalista, o homem possui apenas sua força de trabalho e precisa vendê-la para obter sustento básico e garantir sua subsistência. É sabido que esse processo é permeado de alienação, com a venda da força de trabalho, e por sua vez o capitalista controla e detém os meios de produção e o próprio produto, o resultado disso configura uma sociedade explorada e exploradora, essa dinâmica faz emergir as demandas de desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais, oriundas de divergências na estruturação social: onde há divisões de classes sociais, com interesses particulares e controle de toda riqueza produzida, ora, aquele produz permanece totalmente inerte ao seu produto e por sua vez faz o rico cada vez mais rico, a essa relação nomeia-se de exploração.

De tal forma, é absoluta a compreensão que o trabalho ocupa na sociedade um lugar fundamental para a construção do sujeito social, mas somente a partir do capitalismo industrial o trabalho é visto e vivenciado com finalidade econômica³, é através desse fato que adquire-se uma identidade social em categorias, isto é, uma profissão, onde somos nivelados e

³ Emprega-se o entendimento de trabalho assalariado, de forma remunerada.

somos conferidos de direitos e deveres, para Gorz o trabalho assalariado perde o seu sentido e necessidade, pois o capitalismo não pode garantir a todos o direito ao trabalho como via de manutenção da vida, isso porque oferece precarizações, não devolve para o indivíduo o equivalente a sua força de trabalho, por isso afirma:

Não é a garantia de uma renda independente de qualquer trabalho que deve ser central no objeto da esquerda, mas o laço indissolúvel entre o direito à renda e o direito ao trabalho. Cada cidadão deve ter direito a um nível de vida normal; mas cada um e cada uma devem ter também a possibilidade (direito e o dever) de oferecer à sociedade o equivalente-trabalho daquilo que ele ou ela consome; o direito, em suma, de ganhar a vida; o direito de não depender para subsistência da boa vontade daqueles que tomam as decisões econômicas. Essa unidade indissolúvel entre o direito à renda e o direito ao trabalho é para cada qual a base da cidadania (Gorz, 2003: 202).

Para ele, o trabalho é, em um conceito antropológico, de criação, expressão, realização de si e sem função econômica. É disso que carece a sociedade frente ao trabalho. Por isso, Gorz defende que as atividades autônomas são as que proporcionam livremente sentido, alegria e prazer, além de conquistar qualidade de vida. Diante da polêmica despertada por esse autor, vemos o quanto é destoante da realidade histórica mas também atual. A história constrói e traz rebatimentos importantes a serem discutidos no cenário contemporâneo.

A divisão do trabalho aparece como uma proposta categórica cada vez mais requisitada, sinaliza a eficiência e aceleração do sistema produtivo, com objetivos específicos de dinamizar e otimizar as produções, os resultados estão na agilidade, produzindo mais e em menos tempo. Características como essa no mundo do trabalho afetam as condições de vida dos trabalhadores e estruturam a lógica do capital, que sob circunstâncias permanece em crise, todavia, sofre seus reajustes ampliando e complexificando a divisão do trabalho, garantindo o acúmulo de riquezas. Dessa forma, ressalta-se que a história do capitalismo é marcada por crises e isso decorre da sua própria natureza composta por contradições, Marx nos lembra de três condições do desenvolvimento do sistema capitalista: 1. orientação de crescimento, garantindo lucros e acumulação; 2. crescimento em valores reais, com base na diferença entre o que é criado e apropriado; e, 3. a necessária dinamicidade tecnológica e organizacional. A combinação dessas condições, na possibilidade de conflitos, vai inclinando o sistema às variantes de crises em fases, como é o caso da superacumulação, que se manifesta no desemprego, no modo ocioso de vida e excesso de mercadoria.

Para compreender as facetas dessas crises é importante apreender o conceito da lei geral de acumulação capitalista, de acordo com Marx (1988), trata-se da produção e

reprodução do capital de modo repetitivo e contínuo, visando o capital excedente. Retomando, a lei geral do capitalismo estabelece uma produtividade crescente, onde há tendência de composição orgânica do capital com aumento progressivo, sendo assim é tendencial que a massa de capital constante aumente proporcionalmente em relação a massa de capital variável empregado na produção, quanto menos capital variável, maior o exército industrial de reserva, entretanto, essa população é material relevante para a produção como também se configura uma alavanca. Ao reproduzir esse sistema e produzir riqueza, ao invés de ter mais trabalhadores, temos mais máquinas que aumentam a produtividade com menos trabalhadores. O mecanismo é, portanto: cada vez que precisa de mais trabalhadores, se desenvolve melhores máquinas e equipamentos e faz com que menos trabalhadores sejam necessários, sendo assim, aumenta a composição do capital constante e diminui o capital variável⁴, que retorna para o mercado de trabalho e é alocado em outro nicho que pode ou não se desenvolver. Dessa forma, desempregados na classe trabalhadora é condição imanente ao capitalismo na fase industrial e, sobretudo, na sua atual fase rentista.

Se uma população trabalhadora excedente é produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza no sistema capitalista, ela se torna, por sua vez, a alavanca da acumulação capitalista, e mesmo condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira absoluta como se fosse criado e mantido por ele. Ela proporciona o material humano a serviço das necessidades variáveis de expansão do capital e sempre pronto para ser explorado, independente dos limites do verdadeiro incremento da população. (Marx, 1988b: 733-734)

Essa discussão traz à tona o fato de que, quanto mais superpopulação relativa, ou seja, exército industrial de reserva, mais pauperismo⁵, mais pessoas aptas para o trabalho mas que não são absorvidos pelo mercado. Em linhas gerais, o crescimento da miséria é proporcional ao crescimento da riqueza.

Desde o período colonial, o Brasil se caracterizava por possuir uma economia baseada na exportação de produtos primários. Por centenas de anos a agroexportação foi a atividade que mais integrava a economia internacional, que é o caso do café, cana-de-açúcar, cacau e látex. Em meados do século XIX a 1929, o Brasil se destacou como o maior exportador de café do mundo, as lavouras brasileiras ofertavam 3/4 da produção mundial, de fato, uma significativa mão de obra, com muitas terras, além de obter facilidade para créditos. Mas, vale ressaltar que, com a I Guerra Mundial é provocada uma grande queda nas exportações e

⁴ A força de trabalho.

⁵ Diz respeito à pobreza extrema, a miséria.

consequentemente gerou dificuldades na importação, o que implicou diretamente na economia. Com o pós-guerra, a fragilidade no modelo agroexportador, abria espaço para um período de modernização da economia brasileira, Furtado diz que:

Absorvido pela política de valorização do café e pelos problemas ligados ao serviço da dívida externa, o governo não pôde perceber que se haviam criado no país, desde o começo do século XX, condições favoráveis a uma efetiva industrialização. É provável que a excessiva preeminência dos interesses cafeeiros na Primeira República seja responsável por essa miopia dos dirigentes do país. [...] Não resta dúvida, entretanto, de que esse atraso de um quarto de século na industrialização brasileira marcou definitivamente a história do país e está na base de grande parte dos problemas que hoje enfrenta Furtado (2003, p. 112).

De 1930 a 1980, compreende-se um período de vastas alterações na sociedade brasileira, que abriram caminhos para efetivar interesses de grupos, o que é o caso do golpe-revolução em 1930⁶. Sobretudo, no pós-guerra, existe essa verdadeira reorganização do capitalismo, que apresentava a modernização na esfera produtiva do país, seu principal objetivo era, portanto, formar um sistema pautado na industrialização que fosse capaz de superar as especializações primária-exportadoras, característico da economia brasileira até 1930. Ainda nesse momento, acontece a ascensão da burguesia industrial e cresce o proletariado urbano, o Estado buscando se firmar e definir sua posição na sociedade, também enfrenta o início das lutas e reivindicações populares, junto aos trabalhadores rurais, que de certo modo, defraudados, saíam de suas terras vislumbrando a possibilidade de emprego nos centros urbanos, a essa iniciativa vincula-se o processo de expropriação. É relevante abrir e discutir acerca da segregação sócio-territorial⁷ como um fator que explica os condicionantes históricos para a o processo, inclusive, de rualização, a partir da Lei de Terras (1850) lei essa que foi promulgada desde o império e teve impacto sobre a sociedade brasileira porque ela regulamenta a posse de terra no Brasil. Existiam pessoas que possuíam a terra legalmente e pessoas que não possuíam mas podiam se apossar, a lei surge e apresenta que as terras precisam ter proprietários particulares e quando não houvesse automaticamente pertenciam ao Estado. Desde a colonização, a terra era para poucos, logo que a sociedade se constituía de senhores e escravos.

⁶ Movimento armado, após Aliança Liberal, liderado pelos estados de Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraíba, que depôs o presidente da república Washington Luís em 24 de outubro de 1930.

⁷ Refere-se à periferização e marginalização de determinadas pessoas ou grupos sociais, considerando os fatores econômicos, culturais, históricos e até raciais.

Avançando, durante o governo Vargas e conseguinte há recorrência nos descontroles nas despesas e falta de equilíbrio por parte do governo, além da incapacidade de assistir às demandas no plano interno e externo, das exportações aos financiamentos. De fato, a década de 30 apresenta reflexos de desigualdade social quando a ampliação do mercado acontecia, a população não tinha poder aquisitivo sobre o que se produzia e emergindo instabilidade política e social, se consolidava a industrialização, numa verdadeira queima de etapas em sua instalação.

Novas estratégias políticas e econômicas também surgem nesse período de tempo, para fortalecer a industrialização como uma forma de acelerar esse processo e superar as condições de subdesenvolvimento do país, haja vista que o desenvolvimento dependia da quantidade de investimentos estrangeiro. Esse método de modernização do estado se associa a profunda transformação no modelo econômico do país, que dentro de um sistema capitalista, anunciava riqueza e grandeza na nação, ordem, igualdade social e segurança. Sobretudo, essa expectativa de prosperidade acompanhava o discurso de manutenção da ordem democrática, pois se era afirmado que um país subdesenvolvido era um país que abria margens para novas ideologias, constituindo verdadeiras ameaças para a democracia, e dessa forma, atesta-se o comunismo como uma afronta que deveria ser eliminada para também erradicar a pobreza, uma definição vaga e sustentada como fator determinante para tamanha ambição. O governo Kubitschek (1956 - 1961) admitiu e regulou essa era nomeada por desenvolvimentismo, os intelectuais e políticos da época acreditavam que somente países ricos e desenvolvidos podiam exercer sua soberania e administrar com propriedade os rumos da nação. Todavia, essa ideologia do desenvolvimento não abarca as questões que minimamente aparentam ser defendidas e erradicadas como a pobreza, pelo contrário, propõe o avanço da produção, gerando riqueza para transformar o Brasil em um país desenvolvido. Em 1964, esse modelo econômico é novamente fortalecido e retomado pelos governos militares que assumiram o poder.

Na década de 1980, o Brasil sofre um momento de agitação política, enquanto no cenário externo a Guerra das Malvinas (1982) representa para o mundo o fortalecimento do neoliberalismo através dessa nova forma de governo proposta pela Margareth Thatcher, aqui no Brasil o neoliberalismo se apresenta no governo Collor (1990 - 1992) e se consolidou no governo FHC (1995 - 2003) à iniciar com as vendas de empresas estatais para iniciativa privada. Ainda no exterior a queda do Muro de Berlim (1989) demonstra ao mundo o enfraquecimento da Guerra Fria, e o que isso sinaliza ao contexto brasileiro? Indica que, no meio da agitação econômica, além da ditadura estar rumo ao seu fim, uma redemocratização

lenta e gradual acontece, como em 1984 no surgimento do movimento de Diretas Já, que foi uma tentativa de pressão popular (camponeses, de classe artística, operários) de estabelecer o direito ao voto numa escolha democrática, para que a própria população elegeesse seu próximo presidente, defendida através da Emenda Dante de Oliveira, o que ainda não ocasionou no fim da ditadura, apesar de obter conquista no que se refere a mobilização da sociedade. Essa década é conhecida como década perdida, no âmbito político e social, devido à hiperinflação e os graves problemas advindos da ditadura militar⁸. Neste período o trabalhador assalariado sentia no bolso as altas inflações, todo o dinheiro que recebia era gasto completamente, por exemplo, na garantia da feira do mês.

No tocante, a crise do capitalismo mostra mais uma de suas facetas e afeta diretamente a vida da classe operária e beneficia a classe dominante, de modo que sua superação se torna distante e qualquer tipo de manifestação oposta simboliza o caos. Encontra-se ainda o avanço no processo de ajustes das políticas neoliberais, tendo como metas a financeirização do capital, reestruturação produtiva e a reorientação do papel do Estado. Essas condições implicam propriamente em mudanças no mundo do trabalho, trazendo rebatimentos significativos que corroboraram com as desigualdades sociais: aprofundou o desemprego, concentrou a renda e precarizou o trabalho. Com isso, promoveu a expansão da superpopulação relativa no país, elevando os números de pessoas em situação de pobreza extrema da classe trabalhadora.

A partir de 1990, com a ascensão de Fernando Collor e depois com Fernando Henrique Cardoso, esse processo intensificou-se sobremaneira, com a implementação de inúmeros elementos que reproduzem, nos seus traços essenciais, o receituário neoliberal. Por isso, no estágio atual a reestruturação produtiva do capital no Brasil é mais expressiva e seus impactos recentes são mais significativos. Combinam-se processos de downsizing das empresas, um enorme enxugamento e aumento das formas de superexploração da força de trabalho, verificando-se também mutações no processo tecnológico e informacional. A flexibilização, a desregulamentação e as novas formas de gestão produtiva estão presentes em grande intensidade, indicando que o fordismo, ainda dominante, também vem se mesclando com novos processos produtivos, com as formas de acumulação flexível e vários elementos oriundos do chamado toyotismo (Antunes, 2003: 236, grifos do autor).

Outro estímulo preciso, a partir do que foi discutido até aqui no modelo econômico vigente, que se relaciona a reestruturação produtiva no Brasil, foi o Plano Real em 1994, com o uso da automação nos principais polos industriais do país, mas o grande impulso emerge em 1995 com o governo de Fernando Henrique Cardoso, quando um conjunto de medidas

⁸ Período marcado pela tortura, censura e autoritarismo no cenário político do Brasil, de 1964 a 1985.

adotadas vinculava-se a desregulamentação dos direitos sociais, por meio da chamada flexibilização das leis trabalhistas e da regressiva reforma da Previdência Social, em 1998. Trata-se de alterações na legislação, como também do enxugamento das máquinas estatais. Era um momento onde o conservadorismo se reorganizava e ganhava forças direcionando um novo padrão de acumulação, dando sustento ao Estado para os ajustes que se fizessem necessários, contudo, particularmente em 1997 mostra-se uma expansão do capital financeiro de modo globalizado. Nesse mesmo período o candidato que representava o conjunto de ideias e interesses dos segmentos mais à esquerda, Luiz Inácio Lula da Silva, tem sua segunda derrota eleitoral, mas continuava a se opor aos fins neo-liberais e a anuência do estado aos interesses do capital.

Somente nas eleições de 2002, Lula (PT⁹) é escolhido pelo povo para assumir a presidência do país derrotando o candidato José Serra do PSDB, o ex-operário assume como presidente do Brasil em 2003, em seu primeiro mandato até 2006, e no segundo mandato de 2007 à 2011, sua jornada na presidência foi encerrada em 31 de dezembro de 2010, as principais marcas do governo Lula foi a retomada do crescimento do Brasil, a manutenção da estabilidade econômica e a proposta de erradicação da pobreza, com ênfase nas questões de desigualdade social. Neste período, o país cresce em 32,62% do Produto Interno Bruto, e advindo de épocas de hiperinflação, transforma os 12,53% em apenas 5,90% de inflação, o que para a classe trabalhadora significa acesso a mantimentos, subsídios de suas necessidades e menos asfixia econômica no que se é consumido. Trazer a tona o governo Lula, nesta narrativa da formação sócio-histórica do Brasil, tem pertinência tanto pelo que foi construído e reconstruído no cenário econômico e porque não dizer, diretamente, no que tange a proteção social no Brasil, quanto pelo significativo fato de ser um governo de origem popular, com propostas que decorreram em mudanças que moveram as estruturas brasileiras, que outrora sobreviviam em fragilidades.

O governo do ex-metalúrgico, desde sua campanha até o mandato, expunha e adota pautas voltadas também para o empresariado, no sentido de promover mudanças sociais, justiça sociais, sem abandonar as propostas empresariais, um discurso de conciliação. Em se tratando de justiça social, o discurso de erradicar a pobreza que leva Lula a presidência, toma concretização dos projetos característicos do seu governo, em 2003 o projeto social Fome Zero aparece com o objetivo de aniquilar a pobreza e a fome do país, visava aglutinar outros programas que estavam sendo criados e também alguns que já existiam, daí surge o Programa Bolsa Família que já havia sido iniciado na gestão anterior de FHC, que consiste na ajuda

⁹ Partido dos Trabalhadores.

financeira às famílias em situação de pobreza ou pobreza extrema, incluindo gestantes, crianças e adolescentes de 0 a 17 anos. O Bolsa Família, reestruturado no governo PTista, abrange maiores questões, buscando amenizar os impactos mais gritantes frutos das desigualdades sociais sem comprometer a estrutura social, para tanto, requisita frequência escolar, acompanhamento de saúde em caso de gestantes e vacinação em dia.

Ainda dentro do Fome Zero, está ações como criação de cisternas em algumas regiões do país que sofrem com a escassez de água potável, ou seja, o projeto social que foi carro chefe do governo Lula, apresenta preocupações e ações concretas verificando uma realidade para além do colocar comida na mesa dos trabalhadores, mas garantir água, habitação, educação, assistência, alimentação e saúde, quando se tem a construção de Unidades Básicas de Saúde, por exemplo. Amplia, dessa forma, a proteção social, na lógica de provimento das necessidades individuais e coletivas, quando se cria políticas sociais que dão assistência, apesar de não serem revolucionárias, estas surgem como base social para um desenvolvimento significativo no cenário brasileiro.

2.2 AS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS

“A vida na rua é curta. As pessoas olham para você com nojo, inclusive os que dão esmolas, mas isso não é nada comparado à repugnância que sente de si mesmo. É como viver aprisionado num cadáver ambulante, que sente fome, fede e demora a morrer”. Carlos Ruiz Zafón - *A Sombra do Vento* (2004)

Mendigos, maloqueiros, vadios, vagabundos, desocupados, pedintes, sujos, maltrapilhos... Essas expressões historicamente estigmatizam as pessoas que vivem na condição de rua, são termos pejorativos e que não condizem com os reais determinantes dessa população que desperta tantas indagações acerca de sua existência. Ao longo dos anos foram adotados termos como *sem-teto*, *desabrigado*, *morador de rua* e etc, mas tais terminologias não abarcavam de modo apropriado a realidade dessas pessoas, que são das mais variadas e possuem determinantes históricos, como foi explanado no item anterior. O fenômeno social população em situação de rua¹⁰, possui múltiplas determinações e esse é seu aspecto mais relevante, além de possuir inúmeras características, que apontam para afirmação de que, de

¹⁰ Termo adotado por expressar, de forma verídica, o caráter processual desse fenômeno em suas dadas determinações.

fato, a pobreza é um elemento significativo dentro da sociedade capitalista, ora, essas determinações estão vinculadas às jornadas de vida dessa massa sobrando.

A literatura nos leva a questionar os determinantes estruturais¹¹, fatores biográficos¹² e ainda as condições naturais no que tange desastres ambientais que desabrigam pessoas que já se encontravam em situação de vulnerabilidade. Todos esses fatores devem ser considerados nesse curso, compreendendo que o fenômeno não se explica a partir de apenas um deles. Independente da época, cultura, economia e localidade, estar na rua é resultante de um processo segregativo, não deixa de ser uma expressão radical da questão social¹³ que tira do homem a possibilidade de vida digna. Uma característica a considerar é a localização da PSR nos grandes centros urbanos, haja vista que são áreas de concentração de atividades comerciais que movimentam a economia, bancos, supermercados, lojas, centros culturais e até mesmo espaços próximos a atividades religiosas e de lazer. Viver na rua não é um problema novo, a forma que encontram para subsistir, pedindo ou favorecendo um trabalho informal, é habitar em locais onde há circulação de capital além de que, nestes lugares, há mais possibilidades para geração de emprego por iniciativa própria, desse modo, configura-se um fenômeno urbano.

A população que se encontra na rua [...] usa de estratégias próprias de subsistência, sendo que a principal delas é recorrer às chamadas bocas de rango, locais de distribuição gratuita de comida, feita predominantemente em espaços públicos: praças, viadutos e parques. Concentram-se no centro da cidade, na maioria das vezes nos finais de semana, e são feitas por instituições filantrópicas de caráter assistencial (Vieira, Bezerra e Rosa, 2004: 106).

Um outro aspecto marcante para com essa população é o preconceito como uma marca de dignidade e valor moral, em todas os lugares e épocas existiram formas de discriminação relacionada a estes, a dizer das inúmeras denominações que denigrem os sujeitos. É muito comum que as pessoas na situação de rua sejam responsabilizadas: “estão ali porque fizeram algo” “no mínimo, fez algo errado”, e muitas associações em nível de ameaça a sociedade,

¹¹ Inexistência de moradia, ausência de renda, mudanças econômicas.

¹² Diz respeito a história de vida de cada indivíduo, incluindo ruptura de vínculos familiares, uso de substâncias psicoativas, insuficiência de renda por desemprego e até perda de todos os bens.

¹³ “A questão social, enquanto parte constitutiva das relações sociais capitalistas, é apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais: o anverso do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social. Sua produção/reprodução assume perfis e expressões historicamente particulares na cena contemporânea. Requer, no seu enfrentamento, a prevalência das necessidades da coletividade dos trabalhadores, o chamamento à responsabilidade do Estado e afirmação de políticas sociais de caráter universais, voltadas aos interesses das grandes maiorias, condensando um processo histórico de lutas pela democratização da economia da política, da cultura na construção da esfera pública”. (Iamamoto, 2004: 10-11)

dando um rosto marginalizado a essas pessoas, além de despertar medo e nojo, por isso tantas práticas higienistas, que de forma paliativa acaba por tentar esconder a realidade da superpopulação. Na realidade brasileira, existe uma tendência fortíssima: a naturalização desse fenômeno; acompanha as fragilidades na aplicação das políticas sociais, que possuem capacidade de confrontar a pobreza e oferecer dignidade básica, com uma cobertura que garanta a cidadania dos indivíduos e de seus familiares.

O que sobressai diante dos estudos acerca desse tema é a heterogeneidade dessa população, de modo que assume diferenças nas características gerais, embora tenha conexão com condições e propriedades sócio-históricas já citadas, Borin também destaca:

Os moradores de rua não constituem uma “população homogênea”. A multiplicidade de características pessoais, que esse segmento social apresenta, dificulta a utilização de uma definição unidimensional. A variedade de soluções dadas à subsistência e formas de abrigo, o tempo de permanência na rua, a trajetória anterior à situação de rua, a herança cultural e social [...], o tempo e as formas de rompimento de vínculos familiares, os tipos de socialização que se consolidaram na rua, a rotina espacial, o uso de substâncias químicas (álcool e/ou drogas) e o seu grau de comprometimento, as condições de autoestima, o sexo, a idade, a escolaridade e as formas de reintegração que almejam, são fatores que dificultam uma conceituação que não seja reducionista ou mesmo unifocal e nos conduz à ideia de uma tipologia dentro dos moradores de rua na cidade (Borin, 2003: 44).

No pauperismo, parte de sua superpopulação é constituída por sujeitos que vivem nas piores condições: os que estão aptos mas não são admitidos em trabalhos formais, os incapazes para o trabalho, órfãos e/ou filhos de indigentes. Como afirma Marx, “o pauperismo constitui o asilo dos inválidos do exército ativo dos trabalhadores e o peso morto do exército industrial de reserva” (Marx, 1988b: 747). Com isso, onde se aplica para essa população, o espaço de fala, de existência, de luta e até mesmo de direito e cidadania? Historicamente, a segregação impõe a condição de sarjeta e a sociedade em seus aparelhos políticos reforçam os estigmas de miséria extrema.

As condições de vida dessas pessoas estão sempre nas margens da sociedade, em verdadeira situação de sarjeta. Camila Potyara em *Rua Sem Saída* (2009), traz análises importantes frente às particularidades dessa população, traz a vivência de indivíduos e famílias que vivem nas ruas, as falas destes e suas impressões narram o quanto são esquecidos e vivem como verdadeiros animais sem espaço para dignidade humana: famílias que precisam cozinhar em baldes de tinta achados na rua porque todos os dias são furtados, todas as noites são acordados e despejados dos seus barracos pela polícia que faz ronda e vasculha todo o

ambiente, crianças e bebês recém-nascidos que na ausência de um colchão ficam no chão e convivem com pulgas e carrapatos pelo corpo, disputando uma cadeira assim que possível. Pessoas que saíram de suas casas por inúmeros fatores e se abrigam em bueiros para garantir que a polícia não levará seus pertences conquistados com trabalho na rua mas que ali precisa dividir espaço com os ratos, os moradores mais antigos daquele esgoto. Não dormem, cochilam. Sempre alerta. Se acostumando com o risco e com o indigno. Sujeitos a contaminações constantemente, da criança recém-nascida ao idoso.

Essas experiências de vida são histórias que por muitas vezes são silenciadas, mas é incontestável a relação que essas condições de vida tem com os adoecimentos, agravamento da situação de saúde e da mortalidade precoce de milhares de trabalhadores que vivem na rua. Esse debate tem plena articulação com os princípios éticos e políticos que fundamentam o conceito ampliado de saúde, definido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu entre 17 e 21 de março de 1986. Foi um marco nas definições do Sistema Único de Saúde (SUS) e trazia três pautas principais: a saúde como um dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial.

A luta constante em defesa do SUS e de seus princípios¹⁴, sempre apontou para essa ampliação do conceito de saúde que não se restringe somente a ausência de doença mas se vincula às condições de existência na sociedade: habitação, educação, alimentação, meio-ambiente, renda, esporte, trabalho, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e a saúde, caso contrário, negaríamos então que é questão de saúde pública avaliar e intervir na situação sanitária das pessoas na rua. O movimento sanitário, desde 1970, já trazia fortes rebatimentos na ampla discussão sobre essas questões, mesmo quando o país passava por processos de redemocratização, com consciência e consistência o movimento avançava e produzia conhecimento. Somente na 8ª conferência houve participação de usuários, antes só deputados, senadores e demais autoridades se faziam presente, como também se fez norteador temas de interesse popular, o que mobilizou toda a discussão, o que conseqüentemente apontou para um consenso na formação de um sistema único de saúde separado da previdência, coordenado por um único ministério.

Muitas propostas de integralização, regionalização e hierarquização foram aprovadas, visando também a participação popular nessas ações através de entidades representativas, quem melhor que o povo para demandar necessidades do povo? Dessa forma, essa participação atuaria na formulação da política, bem como no planejamento, gestão e avaliação

¹⁴ Universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde.

do sistema. Por fim, o relatório final, em seus delegados, atribuíram ao Estado o dever de garantir condições favoráveis e dignas a todos, com acesso universal à saúde, compreendendo também a importância de integrar a política de saúde às demais políticas sociais, como uma grande rede de assistência.

3.0 OS DIREITOS DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: O ACESSO À POLÍTICA DE SAÚDE

Neste capítulo analiso o que constitui conceitualmente a política de saúde enquanto uma política social, bem como os direitos sociais aparecem para a sociedade em seus elementos categóricos, além de relacionar os conceitos com as restrições de um sistema burocratizado dentro do aparelho estatal.

3.1 A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL FUNDAMENTAL

O Brasil até meados do século XIX era um país basicamente rural, visto que a maior parte da população era concentrada no campo, sem muita estrutura. Esse fator afetava diretamente a saúde da sociedade, tendo em vista que havia um elevado índice de doenças e pestilenciais, como a varíola e a febre amarela, que afetavam as pessoas do campo e também as pessoas da cidade. Esses fatores eram consequência da organização precária dos serviços de saúde que baseava-se na filantropia e na prática liberal. Baseado na ideia de caridade de caráter religioso, casas de misericórdia são criadas com intuito de acolhimento e cuidado, através de acordos com o estado para atendimento da população pobre. Em meados do século XIX, o Rio de Janeiro e outros estados apresentaram taxa de mortalidade elevada e presença de doenças como hepatite, lepra, boubá, febre amarela e escorbuto, além disso houve um aumento na taxa de mortalidade por tuberculose, febre amarela, malária e varíola, além de outras doenças infecto-contagiosas.

Uma outra característica marcante do Estado brasileiro daquele período é o patrimonialismo, ou seja, a apropriação do público pelo privado, sendo esse um resquício do coronelismo. Esse modelo de Estado tende a ser mais flexível para o desenvolvimento do capitalismo e conseqüentemente para investimento externo do capital.

No início do século XX, ocorre um salto no desenvolvimento da tecnologia médico-sanitária e as descobertas no terreno da patologia tropical avançam. A partir de fenômenos sanitários, como foi o caso da pandemia da gripe espanhola no início do século XX, é possível visualizar revoluções nos padrões sanitários que impõe uma nova forma de pensar, estruturar e executar um sistema de saúde, sob a perspectiva de desenvolvimento e integração das políticas e serviços. Dessa forma, a análise de saúde desse período passa a contemplar as condições de vida nos complexos urbanos e rurais e passa a articular o papel do Estado em relação a esse setor. Neste contexto, entende-se os protótipos de políticas

públicas de higiene e saúde das primeiras décadas do século XX, desencadeando no debate sobre o conceito de saúde ampliada.

É problemático discutir sobre as funções e possibilidades das políticas sociais dentro do capitalismo, haja vista que esta é marcada por desigualdades sociais e econômicas que estão na base de sua estruturação, ou seja, possuem raízes fincadas nessa estrutura social. Aqui, as políticas sociais teriam a incumbência de materializar os direitos sociais, o que provocaria uma redistribuição justa e equilibrada das riquezas socialmente produzidas, porém, sabe-se que as políticas não são capazes de erradicar as desigualdades nem tampouco eliminar a estrutura das classes sociais, nessa percepção Silva (2009) pontua:

Como instrumento de realização dos direitos sociais, as políticas sociais podem implicar a desmercadorização do status do indivíduo em face do mercado [...] E, mesmo não sendo capazes de eliminar as desigualdades sociais e assegurar a realização da cidadania plena - o que só será possível numa sociedade socialista -, as políticas sociais, quando reconhecidas legalmente e implementadas como direitos, numa perspectiva universalizante, possibilitam avançar na direção da igualdade de condições. (SILVA, 2009, p. 174).

O que Maria Lucia Lopes da Silva argumenta são as chances de caminhar em direção da defesa e luta pela igualdade de condições, com a consciência que a superação das expressões da desigualdade social não é totalmente possível, mas que as políticas legais são redutoras dos contrastes sociais e isso só é alcançável pela luta de classes. A autora ainda apreende o conceito de política social como política pública, a partir de Pereira (2001):

O seu caráter público é dado não pelo tamanho do agregado social que lhe demanda atenção, mas principalmente porque são decisões e ações que apresentam as seguintes características: a) revestem-se de autoridades, por terem amparo legal; b) visam concretizar direitos conquistados por parcelas da sociedade e declarados nas leis; c) guiam-se pelo princípio do interesse comum e da soberania popular e não pela soberania dos governantes; d) devem estar a serviço da satisfação das necessidades e não da rentabilidade econômica privada; e) têm a conotação de *res publica*, isto é, coisa (*res*) de todos (*publica*) (PEREIRA, 2001, p. 81).

Nessa direção, a Política de Saúde enquanto política social pública implica reafirmar que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania de um indivíduo, portanto, está no conjunto dos direitos sociais. Segundo a Constituição Federal, no Art. 6º, são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à

maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados. São, por conseguinte, direitos conferidos aos cidadãos para que possam usufruir minimamente de um mesmo nível de vida e que possam se desenvolver, além de cobrar do estado medidas que atuem e forneçam serviços públicos que garantam e confirmem esses direitos, no que se refere os interesses da sociedade. Na definição do conceito amplo de saúde ainda na CF de 1988, através da Lei nº 8080/1990, destaca-se as expressões da questão social ao definir que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário e as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988, artigo 196). Além disso, indica os fatores determinantes e condicionantes da saúde, “entre outros alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens de consumo e serviços essenciais os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (Lei nº 8080/1990, artigo 3).

Somente na segunda metade do século XX, o estado passa a ter a saúde como dever, sendo nessa conjuntura o processo de formação da Reforma Sanitária, como sendo um movimento construído através do processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização, em 1970. Além disso, esse movimento expressava a indignação social em relação às desigualdades e mercantilização da saúde, sendo voltado para alcançar uma sociedade inclusiva, solidária e tendo a saúde como direito universal. Como resultado da Reforma Sanitária, estrutura-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS, a qual era baseada em três eixos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor de saúde. A saúde deveria ser vista como “fruto de um conjunto de condições de vida que vai além do setor dito de saúde” (ABRASCO, 1985, p.8), dessa forma a concepção de desenvolvimento que dissocia a dimensão econômica da social é questionada. Quando a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi concluída, novas exigências colocavam-se para o movimento sanitário, sendo estas voltadas para o aprofundamento da consciência sanitária da população e dos profissionais, visto que apenas com essa consciência a população poderia cobrar do estado os seus direitos.

Para efetivação constitucional da 8ª CNS, são criadas as leis 8.080/90 e 8.142/90, a qual a 8.080/90 dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; e a lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação popular na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, ela orienta sobre a formação dos Conselhos de Saúde nos âmbitos

nacional, estadual e municipal. Ambas são responsáveis por democratizar a saúde, sendo ela um direito de todos e dever do estado, até porque tradicionalmente os serviços de saúde se organizavam nos processos de trabalho de acordo com o saber das profissões e categorias e não com objetivos comuns, desse modo, era acarretado a falta de motivação dos trabalhadores e pouco incentivo na relação com os usuários no processo de produção de saúde. É considerável, vislumbrando o contexto histórico, notar as conquistas sociais e políticas que permitiram avanços na oferta de saúde pública: as lutas sociais que foram organizadas como reivindicação, sob a saúde pública no Brasil remete a participação de trabalhadores, sanitaristas, funcionários públicos, militantes, ativistas, movimentos intelectuais. Os serviços de saúde avançam a partir de uma forte mobilização e acarreta em conquistas graduais e significativas.

Dentro das ofertas, a necessidade de humanizar os serviços de saúde é trazer a possibilidade de visibilidade e responsabilidade sobre a cidadania das pessoas em situação de rua, as famílias, mulheres grávidas, idosos, homens e crianças que englobam uma série de demandas sanitárias críticas. O Sistema Único de Saúde tem como um de seus princípios definidos a defesa por aquilo que está na Constituição Federal, inclusive a participação social e nesse anseio pela democratização emerge, na gestão, o entendimento da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS). O Ministério da Saúde reafirma o HumanizaSUS como uma política que atravessa diferentes ações e instâncias do SUS, em variados níveis e dimensões da atenção e gestão:

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre ação e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. (HumanizaSUS: 2012)

Diante da transversalidade como princípio, o HumanizaSUS busca consolidar redes, os vínculos e a corresponsabilização entre usuários e trabalhadores, proporcionando de forma potencial a garantia de assistência integral, resolutiva e humanizada. Por humanização compreende-se a valorização dos diferentes indivíduos que estão inseridos no processo de saúde, para tanto, os valores que sustentam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde. Dessa forma, a PNH não é simplesmente um conjunto de recomendações abstratas que se espera

concretizar um dia, mas apresenta motivações concretas, a partir do que o SUS defende, pois foi construída diante de estratégias e possibilidades concretas, na intenção de avançar, aprimorar e multiplicar os métodos.

Destarte, a necessidade de humanização carrega consigo a busca pela consolidação da universalidade, na perspectiva de cidadania, haja visto que consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948, artigo XXV), que todo ser humano tem direito a um parâmetro de vida com capacidade de garantir ao indivíduo e sua família: saúde, bem-estar, alimentação, habitação e serviços essenciais e sociais indispensáveis, ou seja, o direito a vida é equivalente ao direito à saúde.

3.2 O ACESSO DA SUPERPOPULAÇÃO RELATIVA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ENTRAVES E POSSIBILIDADES

“Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. (OMS)

O direito à saúde para a população em situação de rua é um direito humano, já que se constituem cidadãos. O Ministério da Saúde elaborou uma cartilha, em 2014, intitulada por *Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano*, nela contém diretrizes, estratégias e ações que caminham rumo a melhor assistência, no combate a toda forma de discriminação nos serviços ofertados, além de propor atendimento integral e humanizado às pessoas e famílias que vivem na rua. Esta Cartilha levanta conceitos e elementos importantes que marcam as conquistas dessa população, que apesar de tantos estigmas e sinais de invisibilidade, ganha voz e espaço ainda que de forma tímida, seguindo o ritmo de sua presença na sociedade. Compreendendo o processo de espaço que a superpopulação relativa vai ganhando, historicamente, a ponto de serem pensados enquanto usuários de políticas sociais, especificamente na saúde essa população vista e até estudada por parte do estado, sobretudo, só é possível pela relevante atuação do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR)¹⁵, que em toda trajetória evidencia a luta e expõe as reais questões que afetam a população. A partir de então, a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua

¹⁵ Movimento social, político e apartidário, que luta pela garantia dos direitos para a população em situação de rua, sobretudo, pela sua inclusão social. Presente em 19 estados do Brasil e com coordenações nacionais no Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Bahia, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e Distrito Federal.

abordou sobre a saúde e a higiene desse público. Alguns resultados foram socializados na Cartilha (BRASIL, 2008) e se tornam relevantes os seguintes pontos:

- 29,7% dos entrevistados afirmaram ter algum problema de saúde.
- Os problemas mais prevalentes foram: hipertensão (10,1%), problemas psiquiátricos / mental (6,1%), HIV/ aids (5,1%), e problemas de visão/cegueira (4,6%).
- 18,7% dos entrevistados afirmaram que fazem uso de algum medicamento, os Postos/Centros de Saúde são os principais meios de acesso a eles.
- 43,8% dos entrevistados afirmaram que procuram primeiramente o hospital/emergência quando estão doentes, e 27,4% procuram o posto de saúde.
- Os locais mais usados pelas Pessoas em Situação de Rua para tomar banho são a rua (32,6%), os albergues/ abrigos (31,4%), os banheiros públicos (14,2%) e a casa de parentes ou amigos (5,2%).
- Os locais mais usados pelas pessoas em situação de rua para fazer suas necessidades fisiológicas são a rua (32,5%), os albergues/abrigos (25,2%), os banheiros públicos (21,3%), os estabelecimentos comerciais (9,4%) e a casa de parentes ou amigos (2,7%).

Apesar desses dados, vale salientar que parte dessa superpopulação se recusa a buscar unidades de saúde, relatando episódios de mau atendimento em hospitais, de impedimento na entrada e até mesmo de negação.

Um dado que confirma essas alegações foi trazido pela Pesquisa Nacional, citada anteriormente, que revela que 18,4% das pessoas em situação de rua já passaram por experiências de impedimento de receber atendimento na rede de saúde. (BRASIL, 2008).

Um grande passo para fortalecer a visibilidade dessa população frente aos serviços de saúde foi a criação do Comitê Técnico de Saúde por meio da portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009, no mesmo ano que foi publicado o Decreto que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Destarte, esse Comitê se orienta com representantes de algumas secretarias do Ministério de Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz e figuras da sociedade civil, o que implica observar que nesta conquista há participação direta da sociedade.

Na perspectiva de ações pensadas a partir dessas conquistas, está o Plano Operativo para Implementações de Ações em Saúde da População em Situação de Rua que foi publicado por meio da Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, onde define-se diretrizes e estratégias que orientam o processo de enfrentamento às desigualdades e iniquidades em saúde, com foco na PSR, dentro do Sistema Único de Saúde. Este Plano objetiva garantir acesso da PSR aos serviços de saúde, redução dos riscos de saúde decorrentes de condições de trabalho na rua, além de aprimorar os indicadores de saúde. Com isso, se divide em cinco eixos precisos:

- Eixo I: Inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde

Ações pactuadas desse eixo: a implantação das equipes de Consultórios na Rua; a garantia de acesso à atenção domiciliar em espaços de acolhimento institucional; a capacitação das equipes da urgência e emergência para atendimento da PSR; e a inclusão da PSR no escopo das políticas de atenção à saúde para grupos específicos.

- Eixo II: Promoção e Vigilância em Saúde

Ações que concretizam esse eixo: intensificar a busca ativa e os tratamentos supervisionados para o controle de doenças infecciosas; controlar e reduzir a incidência de tuberculose, DST/aids e outros agravos recorrentes nessa População; e propor para pactuação na CIT estratégias que garantam o acesso dessa população às vacinas disponíveis no SUS.

- Eixo III: Educação Permanente em Saúde na abordagem da Saúde da PSR

Ações definidas: capacitação e sensibilização de profissionais de saúde para atendimento da PSR; inserção da temática PSR no Módulo de Educação à Distância para cursos de formação voltados para profissionais de saúde; fomentar pesquisas com foco na saúde da PSR; e elaboração de material que informe a PSR sobre o SUS e as redes de atenção à saúde.

- Eixo IV: Fortalecimento da Participação e do Controle Social

Por meio das seguintes ações propostas: apoiar a formação e sensibilização de lideranças do Movimento Social da PSR; articular e fomentar com gestores estaduais e municipais a capacitação de conselheiros de saúde sobre a temática saúde da PSR, com participação do MNPR e entidades ligadas ao tema; produzir e publicar material sobre saúde da PSR destinado a gestores e a profissionais de saúde; apoiar encontros regionais sobre saúde da PSR; e instituir Comitê Técnico de Saúde da PSR ou referência técnica nas instâncias estaduais e municipais.

- Eixo V: Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a PSR

Esse eixo ocupa-se de monitorar e avaliar as ações que foram pactuadas, considerando as prioridades e metas dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde.

Com base nesse Plano Operativo, em seus eixos, o Ministério da Saúde busca atuar na promoção e garantia de acesso à saúde para a PSR. Nessa direção, registra-se o avanço significativo que se tem com a implementação do Programa Consultório na Rua (CnaR), que possui suas diretrizes definidas pela Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 e pela Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Segundo o Ministério de Saúde, dados de março de 2014 sinalizam que 114 equipes de CnaR estão em funcionamento. De fato, é uma porta aberta, ou melhor dizendo, é a ponta onde a política pública é efetivada, possibilidade de contato direto com o usuário e não se limita aos seus atendimentos mas está, sempre que necessário, fazendo seus devidos encaminhamentos com a rede de serviços no SUS. Vale reforçar que o Consultório na Rua não é a única porta de entrada da PSR no sistema, mas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) também possuem a incumbência de acolher e legitimar o acesso ao atendimento, principalmente nas localidades onde não houver CnaR.

Não podemos esquecer que o §1º, artigo 23, da Portaria MS/GM nº 940, de 28 de abril de 2011, dispensa aos ciganos, nômades e moradores de rua a exigência de apresentar o endereço do domicílio permanente para aquisição do Cartão SUS. Sobre esse assunto é importante ressaltarmos que qualquer pessoa tem o direito de ser atendido nas unidades de saúde, independentemente de apresentação de documentação. (Brasil, 2008).

A questão de documentação aparece nas unidades de atendimento de forma exigente e burocrática relativa a comprovação de identidade pessoal e domicílio, de certo modo produz obstacularização nos protocolos de acesso a PSR aos serviços de saúde, tal necessidade é colocada para todos os pacientes admitidos para internamento e essas informações da PSR, tantas vezes imprecisas e até mesmo camufladas no registro institucional a princípio, são aspectos correspondentes à vida social dessa população usuária. A obrigatoriedade da declaração de um endereço fixo a uma pessoa que não possui residência, que vive declaradamente na rua, não pode ser uma condição essencial, ou sequer relevante, para que à ela seja viabilizada o acesso a qualquer direito social. A coerência com a realidade social precisa reconhecer as problemáticas que lhe cercam, por mais desafiadoras que sejam. A questão da solicitação de documentos comprobatórios estão presentes no que se refere o fazer profissional do assistente social, como item pedido para elaboração da ficha social em hospitais que há internação por exemplo, e dessa forma, todos os usuários que se apresentam

ou são encaminhados a estas unidades, são pedidos os documentos de domicílio. As pessoas que vivem na rua, quando interrogadas, muitas vezes recordam o endereço de algum parente, mesmo que não tenha contato próximo e atual, ou algum colega, algum ponto de referência que vive próximo e não se identifica como um sujeito que veio da rua. Isso leva a reflexão de que, tantas vezes, essa população é condicionada a ter significado social a partir de uma relação familiar, de modo que essa referência não é suficiente, compreendendo que é também inexistente. Atribuo esse fato a questão histórica de preconceito estabelecida entre os profissionais e usuários que fazem parte da PSR. Além desse desafio, outros tantos entraves permeiam os serviços, tais como a necessidade de articulação intersetorial, principalmente entre a saúde e a assistência, visualizando as situações de vulnerabilidade vivenciadas pelos indivíduos.

O número em ascensão de pessoas vivendo nas ruas retratam um cenário que se agravou com a pandemia da covid-19, a partir de março de 2020. No estado do Rio Grande do Norte, consoante com a Secretaria Municipal de Habitação, Regularização Fundiária e Projetos Estruturantes (Seharpe), em dezembro de 2020 foi previsto o aumento em 650% da PSR nas ruas da capital potiguar, o que implica dizer que de quatrocentas pessoas houve um salto para três mil pessoas nessa condição de rua, em pouco espaço de tempo. Ou seja, o crescimento da população sobrando, frente aos serviços de saúde já resultava em déficits, agora soma-se aos novos ajustes, com mudanças estruturais e até mesmo em alocações para abrir as portas para o Sistema Único de Saúde.

Tal realidade pode ser vivenciada e verificada no Hospital Giselda Trigueiro (HGT), hospital referência no Estado potiguar em doenças infecto-contagiosas e um dos principais que atuam no acolhimento e tratamento da PSR. O HGT funciona com porta regulada, ou seja, pacientes são encaminhados de Unidades de Pronto-Atendimento e/ou Unidades Básicas de Saúde e são regulados para serem atendidos no Giselda Trigueiro desde 2014, apesar de por muito tempo também possuir pronto-socorro como porta aberta. Com a pandemia, o acesso se restringe obedecendo às normas sanitárias, ampliando as enfermarias específicas para acolher os pacientes acometidos pelo coronavírus, dessa forma funciona somente com porta regulada¹⁶.

Em contato com o Serviço Social do HGT, na profissional da gerência, a assistente social Manuella Brandão¹⁷, obtive a informação de que há muito tempo há demandas e

¹⁶ Com a identificação da necessidade dos usuários, são definidos a melhor unidade e a melhor data para o procedimento, implica dizer que regular o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde é encaminhá-lo ao local que buscará atender suas demandas de forma precisa.

¹⁷ Que, desde 2019, desempenha comigo a supervisão de estágio curricular obrigatório.

encaminhamentos relacionados a casos de pacientes da PSR. A equipe de serviço social, é responsável pelo atendimento que passa a conhecer a realidade de vida do usuário, a partir de seu processo de saúde e doença, o que pressupõe atentar às vivências do paciente e viabilizar o cumprimento dos direitos que lhe competem. Para compreender como se dá esse acesso, da admissão e do processo de tratamento, além de suas condições vulneráveis, solicitei números de internações no HGT nos anos de 2019 e 2020, um demonstrativo de quantos usuários estiveram no hospital e conseqüentemente como se deu o acolhimento e atendimento.

INTERNAÇÕES HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO (HGT) - USUÁRIOS EM SITUAÇÃO DE RUA													
2019	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
	5	1	0	0	0	2	2	1	3	2	1	1	18
2020	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
	2	7	2	2	1	1	0	3	2	1	2	0	23
TOTAL GERAL (2019-2020)	7	8	2	2	1	3	2	4	5	3	3	1	41

Fonte: SAME/HGT

Entre os anos de 2019 e 2020, 41 pessoas em situação de rua foram admitidas no Giselda, em sua maioria como porta regulada. Este é o momento em que surge a interrogação de como eles acessam, como se regula, como a política de morte, assim denominada a partir do sucateamento nos investimentos das políticas públicas, aparece como solução, como são feitos os encaminhamentos, como são vivenciados os entraves diários que demanda essa população e principalmente, como são assistidos enquanto cidadãos de direito. Como um todo, o SUS passa por mudanças dentro desse contexto pandêmico, e no Hospital Giselda Trigueiro não foi diferente, houve mudanças de modo geral e em específico nos fluxos de trabalho.

A assistente social Manuella Brandão argumenta que o fato de que, em caráter de porta regulada, os pacientes já vêm da unidade com identificação de condição de rua, o que anteriormente não era tão comum, não é sempre que eles se identificam como PSR e de forma prática, por já terem sofrido negações, apresentam imediatamente o endereço de pessoas de referência ou da rede de apoio, salva as exceções quando são encaminhados de comunidades terapêuticas. Esse fato traz a reflexão de que há um sistema negacionista e excludente no acolhimento histórico dessas pessoas às políticas públicas, que ensina e impõe que é preciso ter um endereço para se basear, que deduz que há uma família que se responsabilize, um lar que ampara e que há para onde ir depois, omitindo a realidade de tantos vínculos fragilizados e demais fatores determinantes. É possível identificar as questões na admissão, a partir da ficha social, instrumento do serviço social que possibilita conhecer a realidade, lançar um

olhar crítico, intervir na necessidade e orientar os sujeitos frente aquilo que lhes compete. É na ficha social que se percebe que estas pessoas já perderam seus documentos, exceto os que já são acompanhados pelo Centro POP, outro ponto relevante nessa identificação é que existe histórico de uso de drogas, vínculos familiares rompidos -condição comum- e que existe histórico de abandono constante de tratamento, além de identificar os que vivem às margens do sistema por responderem algum processo judicial, estes não apresentam interesse em se identificar completamente.

Após a admissão, os cuidados no que tange o tratamento do processo saúde-doença são ofertados e fica na responsabilidade do serviço social do hospital verificar a rede de apoio, pessoas que possam oferecer sustento para seguimento do tratamento ou até fornecer dados de identificação corretos para que não sejam tratados indevidamente, porque não basta abrir as portas para as políticas sociais, é necessário que haja dignidade e qualidade no que se oferta, de modo igualitário. A partir de buscas, a equipe de serviço social faz uso do estudo de caso, articulando com a rede de serviço e assistência: a própria equipe de serviço social, Consultório na Rua, Centro POP, Albergue, Atenção Básica, Residência Inclusiva dentre outros aparatos.

Em casos considerados complexos, o estudo de caso, a começar pela elaboração do relatório, é primordial, para que se registre a realidade encontrada e sejam dados os devidos encaminhamentos em articulações, aqui vale ressaltar o caráter de humanização que se aplica, tantas vezes o usuário em questão, acometido pela doença, não está consciente-orientado, não fornece informações coerentes e implica num trabalho ainda mais minucioso para a equipe, que de forma humana e profissional intervém usando os instrumentos precisos. Um entrave relevante, narrado pela gerente do serviço social do HGT, é a dificuldade da equipe reconhecer a necessidade de estudo de caso ou projeto terapêutico em casos de pacientes autônomos que retornam para rua, onde há pouca articulação,, e não só aplicar o estudo de caso as situações mais complexas, Manuella compreende que toda pessoa advinda da rua possui questões singulares que precisam ser estudadas e exigem encaminhamentos consistentes, não somente os que possuem mobilidade reduzida que o impeça de sair de alta e voltar para a rua, idosos, pessoas com transtornos psiquiátricos, o estudo de caso em equipe não pode se reduzir somente a estes, é necessário serem feitos com constância para garantir o seguimento, a continuidade e a adesão ao tratamento. Outra questão levantada como entrave, que afeta diretamente a PSR, é o fato do Centro POP não atender demandas encaminhadas pelo HGT, só é atendido por eles demandas que já lhes são próprios, outro fator é a existência de somente um albergue na capital potiguar o que não atende toda a necessidade da população

sobranter, bem como a má localização dos serviços que são alocados em apenas uma região de Natal, a região leste.

Dentro das possibilidades, a assistência ofertada a PSR passa por encaminhamentos em elaboração de relatórios solicitando algum tipo de atendimento, solicitações de reuniões com a rede de atendimento e até mesmo acionando o Ministério Público para casos específicos com esse público, reforçando que é um dever do estado lhes conferir saúde na perspectiva ampliada. O Consultório na Rua, já citado algumas vezes aqui, possui relação sólida e significativa com o HGT enquanto rede de atendimento, porém, em 2020 a equipe do Consultório na Rua sofreu mudanças e foi perceptível que afetou tudo que havia sido construído, ou seja houveram interrupções no fluxo de trabalho, passaram a haver poucos contatos e articulações e as justificativas eram principalmente relacionadas aos agravantes da pandemia de COVID-19.

De qualquer forma, o CNR busca auxiliar o acesso a saúde, ofertando de forma mais direta atenção integral à saúde para esse grupo de pessoas, em Natal, através da Secretaria Municipal de Saúde, esse programa atua desde 2014, sendo ao todo três equipes multiprofissionais, com enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo e assistente social, e atuam nas zonas leste e sul da capital do estado. Com o intuito de levar assistência social e saúde, atendendo onde estas pessoas estiverem (viadutos, semáforos), as equipes atendem de segunda à sexta, a partir das 14h até às 20h, de forma itinerante, com veículos que dão suporte às ações. A importância da relação desse programa com o HGT, por exemplo, está no fato que o CNR consegue criar vínculos com os usuários por estarem ali no seu local de vivência, desempenham essa abordagem e acolhimento de modo humanizado e em diálogo com o hospital, estendem a saúde para estas pessoas, que precisam dar seguimentos aos inúmeros tratamentos patológicos, desde uma simples administração de medicamentos a atenção aos sintomas graves.

Desse modo, afirmar que a política de saúde, tantas vezes atingida pela política de morte, que tem relação com a lógica da contenção de gastos, do subfinanciamento das políticas sociais públicas. A tônica liberal que conhecemos como neoliberalismo tem justamente esse princípio fundante: a cotação do fundo público para a remuneração e manutenção do capital, deixando à própria sorte a massa trabalhadora. Os efeitos sob essa população não escondem as marcas de segregação e indiferença, ainda que o Sistema Único de Saúde em suas ações, trabalhem estratégias de conscientização e enfrentamento. Se pensarmos que estamos inseridos numa sociedade capitalista, acumulativa, que segrega por classes sociais, perceberemos que os espaços ocupados não terão o mesmo público. Na ponta

da aplicação dessas políticas fica a luta e resistência, frente ao sistema capitalista contemporâneo, hierárquico, com preconceitos existentes e burocracia desenfreada.

4.0 O DESMONTE DAS POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL: IMPACTOS À SAÚDE PÚBLICA E O AGRAVAMENTO DA QUESTÃO SOCIAL

“Não obstante ter conseguido alguns avanços, o SUS real está muito longe do SUS constitucional”.
(*Maria Inês Bravo*)

Historicamente, a proteção social era limitada somente a família, de parentescos mais próximos aos colaterais, o que somatizando sobrecarregava esse sistema de proteção em sua manutenção e resultava na dependência da caridade daqueles que detinham mais riquezas, onde muitas vezes possuía caráter compensatório, além de não ser suficiente para garantir sustento e dignidade das pessoas exploradas.

A proteção social estatal surge, no século XIX, na Alemanha, por meio do projeto do Chanceler Otto Von Bismarck e se faz conhecida por Lei do Seguro Social, que inicialmente, favoreceu o seguro-doença, contra acidentes de trabalho e o seguro de invalidez na velhice, um financiamento dividido entre empregado, Estado e empregador. No Brasil somente na Constituição de 1891 surge o termo “aposentadoria” com suas expressões, nessa mesma época a Lei Eloy Chaves marca a Seguridade Social no Brasil criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para ferroviários do país. Na Constituição de 1946 foi apresentado e utilizado o termo “previdência social”. Apenas em 1988, com a CF inspirada no *Welfare State*, foi-se dividida a proteção social em: Previdência Social (em caráter contributivo), Assistência Social e Saúde; e, ainda foi solicitada alterações na legislação para que se fosse criado o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Dito isto, é possível observar o avanço e desenvolvimento da Seguridade Social no Brasil e no mundo vislumbrando a proteção social mediante as necessidades históricas, econômicas e culturais da sociedade. Neste capítulo será abordado como se configura o financiamento das políticas sociais dentro da proteção social, enquanto seguridade, e como os rebatimentos de inúmeras precarizações advindos de desmontes agravam as principais expressões da questão social, além de observar a abrangência dessa proteção confrontando com a realidade dos serviços ofertados à população em situação de rua e todos os seus efeitos.

4.1 O SUBFINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: IMPACTOS À SAÚDE PÚBLICA E AGRAVAMENTO DA “QUESTÃO SOCIAL”

A compreensão de Seguridade Social alicerça a discussão sobre fundo público, financiamento e tudo que envolve o financiamento das políticas sociais. Por Seguridade Social entende-se, segundo o artigo 194 da Constituição Federal de 1988, “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, afirmando ainda que a Seguridade Social universaliza os direitos sociais. Conforme a Lei Orgânica da Seguridade Social, esse sistema é orientado por princípios e diretrizes de universalidade na cobertura e atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios à toda população, seletividade e distributividade na prestação dos serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade no modo de participar do custeio, diversidade na base de seu financiamento e possui caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com participação da comunidade em seus trabalhadores, aposentados e empresariado.

Dentre o tripé da Seguridade: Previdência, Saúde e Assistência, a Saúde aparece com autonomia por ter finalidade ampla em todos os segmentos, não restringindo seu acesso aos beneficiários, isso porque o seu acesso não exige contribuição monetária, dessa forma, a situação econômica do usuário não interfere na aproximação à saúde. Dessa forma, Bravo (2001) lembra das motivações que implicaram na política de saúde:

“As questões sociais em geral e as de saúde em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Este processo, sob domínio do capital industrial, teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação.”
(BRAVO: 2001)

Emergindo daí a formulação da política de saúde, organizada em subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. As principais alternativas englobadas nesta política, no período de 1930 a 1940, segundo Braga e Paula (1986: 53-55), eram:

- Ênfase nas campanhas sanitárias;

- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller - de origem norte americana);
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

A partir desse momento, cabe a reflexão sobre o custeio para manutenção das políticas públicas, como estas são efetivadas, de que forma se configuram e se mantêm esses aparelhos que aparecem na sociedade como legitimação aos direitos sociais. Para Salvador, o fundo público possui função necessária e ativa dentro do capitalismo contemporâneo, tanto na acumulação produtiva quanto no espaço das políticas sociais:

“O fundo público tem papel relevante para a manutenção do capitalismo na esfera econômica e na garantia do contrato social. O alargamento das políticas sociais garante a expansão do mercado de consumo. Ao mesmo tempo, em que os recursos públicos são financiadores de políticas anticíclicas nos períodos de refração da atividade econômica.” (SALVADOR: 2012).

O autor ainda cita Francisco de Oliveira (1998, p. 19-20), “o fundo público, em suas diversas formas, passou a ser o pressuposto do financiamento da reprodução da força de trabalho, atingindo globalmente toda a população por meio dos gastos sociais”. Behring (2004, p. 164), explica:

Há no argumento de Oliveira um elemento indiscutível: o lugar estrutural do fundo público no capitalismo contemporâneo, como expressão da sua maturidade e imensas contradições. A produção e a realização do valor vão requisitar que o Estado se aproprie de parcela bastante significativa da mais-valia socialmente produzida para assegurar as condições gerais de produção e reprodução; dentro desse processo comparece o desenvolvimento de políticas sociais como lugar relevante de alocação do fundo público, a depender, claro, da correlação de forças políticas e de elementos culturais em cada formação nacional. (BEHRING, 2004).

De fato, é impensável a formação do sistema capitalista sem o uso de recursos públicos, que tantas vezes trazem caráter de acumulação. Para Salvador (2010), o fundo público se faz presente na reprodução do capital através de investimentos, como subsídios advindos de desonerações tributárias, por incentivos fiscais, por redução da base tributária da renda do capital, também como fonte que viabiliza a força do trabalho por meio de salários indiretos reduzindo o custo do capitalista, por meio de funções indiretas do Estado, e por meio de transferência de recursos sob forma de juros e amortização de dívidas. Ou seja, o fundo público é uma parte estrutural do capitalismo contemporâneo, isso porque envolve capacidade de mobilizar recursos que outrora servira para intervir na economia. Uma das formas mais diretas de extrair recursos da sociedade é por meio de impostos, taxas e contribuições, sendo portanto uma arrecadação excedente, um lucro, que se é apropriado pelo Estado e ganha destinações para diversas funções.

“No Brasil, os recursos do orçamento público federal são expressos na Lei Orçamentária Anual (LOA) aprovada pelo Congresso Nacional. A LOA 2012 fornece pistas dos valores em disputa no fundo público brasileiro: R\$ 2.257.289.322.537,00 (dois trilhões, duzentos e cinquenta e sete bilhões, duzentos e oitenta e nove milhões, trezentos e vinte e dois mil quinhentos e trinta e sete reais). Deste orçamento, R\$ 655,49 bilhões referem-se ao refinanciamento da dívida pública. Então o Orçamento Geral da União exceto refinanciamento alcança o montante de R\$ 1.601,79 bilhões. Deste montante, R\$ 535,79 bilhões destinam-se às políticas da seguridade social. Do total de R\$ 1.464,99 bilhões do orçamento fiscal e da seguridade social, R\$ 365,45 bilhões serão destinados ao pagamento de juros e amortização da dívida pública, ou seja, $\frac{1}{4}$ do orçamento público brasileiro é comprometido com a esfera financeira da economia.” (SALVADOR: 2012, p.4).

O estudo sobre fundo público é essencial para pensar a política social, em nível de compreensão esse elemento se configura uma peça técnica que vai além dos números e evidencia uma correlação de forças, destacando interesses e apropriação de recursos. Refletir sobre os gastos leva a entender e até medir a importância que se dá a cada política social no país.

A Constituição Federal, apesar de suas limitações, considera alguns avanços no que tange a cidadania, sobretudo os direitos trabalhistas, na assistência, previdência e saúde, que edificam a seguridade social no Brasil. Tais avanços deveriam apontar para efetivas conquistas que levassem a nação à consolidação de um estado de bem-estar social, com um orçamento público considerável, mas isso não se torna possível a partir da década de 1990, quando a ideologia neoliberal marca o cenário político, além da contra-reforma que se instaura. A partir de então, uma nova estrutura de redistribuição de renda aparece:

Enquanto os ricos passaram a ser tributados consideravelmente (impostos sobre a renda, patrimônio e herança), foi possível formar fundos públicos capazes de financiar a transferência de renda para a população de menor rendimento, permitindo reduzir a pobreza, o desemprego e a desigualdade social no centro do capitalismo mundial. (POCHMANN, 2004, p. 5-6).

Mas, esse não é o caso do Brasil. Salvador (2012), afirma que se existe uma definição de orçamento público para o Brasil é que este é financiado pelos pobres, via impostos sobre o salário e por meio de tributos indiretos, sendo apropriado pelos mais ricos, via transferência de recursos para o mercado financeiro e acumulação do capital. O país não é capaz de caminhar rumo a um financiamento que não atinja a população explorada, os desdobramentos desse ciclo só reafirmam as múltiplas expressões da questão social, esses desmontes provocam uma verdadeira asfixia aos direitos sociais, ferindo o princípio proposto pela CF de universalizar os direitos em suas efetivações. Nesse sentido, o financiamento da política social pode ser apreendida sob três perspectivas: através da ótica tributária que permite verificar se é regressivo ou progressivo nas suas fontes, este sendo um ponto essencial para verificar se de fato há redistribuição de renda; por meio da análise da gestão financeira, o que permite observar as decisões político-administrativo, bem como a descentralização e controle orçamentário; e, por fim, através da identificação das renúncias tributárias, ou seja, o financiamento indireto da política social.

No que se refere o financiamento da política de saúde, esta enfrenta desafios desde o início do Sistema Único de Saúde que teve seu ápice em 1993, quando o Ministério de Saúde precisou tomar recursos emprestados do FAT (Fundo de Amparo ao Trabalhador). Na atual conjuntura, na prática, existe uma transferência de recursos do fundo público para empresas privadas e terceirizadas, Salvador (2012) destaca que no demonstrativo de gastos tributários que acompanha o Projeto de Lei Orçamentário Anual de 2012, a Receita Federal (2011) informa que as renúncias tributárias na área da saúde alcançaram R\$19,8 bilhões neste referido ano.

Por fim, o orçamento público não é somente uma peça técnica de manutenção, nem é mero instrumento de planejamento para ações em serviços, mas se trata, desde sua origem, de um distintivo político, nele se é pensado as prioridades na aplicação dos recursos e sobre em quem vai recair o financiamento tributário, deste modo, não se refere somente a alternativas econômicas mas é reflexo de correlações de forças sociais, que desde sempre estão presentes na sociedade. Frente a isso, consolidar e expandir as políticas sociais em sua perspectiva de

cidadania acaba por ser um dever prioritário, sem restringir seus recursos, para que não haja mais asfixia de tais direitos. Aqui cabe considerar e situar todas as lutas dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, os movimentos, como é o caso da Frente Nacional Contra a Privatização do SUS que reúne 15 fóruns estaduais e 11 municipais em todo país atuando de forma expressiva e articulada contra todas as formas de sucateamento e desmantelamento do SUS, observando as precarizações dos serviços e trabalhadores da saúde, compreendendo que os direitos sociais em contextos neoliberais sofrem ameaças na perspectiva de manutenção e ampliação das políticas sociais públicas. Essa resistência política traz rebatimentos que consolidam a sequência de lutas históricas que a política de saúde atravessa, enquanto proteção social no Brasil.

Toda a situação de desmonte no âmbito de investimentos financeiros traz consequências importantes que corroboram para a miséria e retração da, em questão, população sobrance. Tais agravantes são evidenciados no ordinário da vida dessas pessoas, onde já acostumados com o descaso, passam a naturalizar que certos espaços não podem ser ocupados e direitos serão negados.

Atualmente, em Natal não há censo atualizado que aponte o número de pessoas que vivam nas condições de rua, e isso sempre foi posto como um desafio a qual a SETHAS (Secretaria de Estado do Trabalho, da Habitação e da Assistência Social) se propõe a longo prazo dar respostas, mas não deixa de ser reclamado pelo Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) que surge para enfrentar os riscos nas ruas, para repudiar o preconceito, discriminação e as violações dos Direitos Humanos, além de reivindicar as políticas públicas. Esse movimento cresce e se fortalece com uma relevância importantíssima para os debates atuais, e principalmente, na atual conjuntura, onde tenta-se o diálogo político e se enfrenta uma crise sanitária mundial, afetando todas as pessoas sem distinção, mas, cruelmente afligindo as pessoas que estão em situação de rua. A ausência de dados atuais explicam, em parte, a falta de visibilidade que já é tão recorrente quando se trata da PSR, não somente na capital potiguar, mas em todo Brasil.

5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante considerar as marcas históricas que a população em situação de rua carrega, a invisibilidade social e o desconhecimento do direito à cidadania. Esse conjunto de pessoas, que em Natal-RN, no Brasil e no mundo são reflexos de uma sociedade capitalista e moralista, que produz e expressa a desigualdade social de forma evidente, em todas as épocas e localidades. Tal realidade não aparece como erradicada ao longo dos anos, pelo contrário, cresce juntamente a miséria, configurando um outro fenômeno: a exclusão social. A aproximação com essa temática permite compreender que a rua não é um mundo fora do nosso mundo. A questão de habitação, objeto direto que implica na condição de realização, é apenas um dos pontos agravantes para essa massa sobrando, mas em questão coloca-se a saúde na sua perspectiva ampliada, que deve lhes conferir acesso gratuito e universal, em todos os níveis de atenção.

O processo de realização marcado por resistências, enfrentamentos, medos, descasos e negação de direitos, vai ganhando visibilidade política, ao longo dos anos, que na esfera pública se traduz na oferta de serviços e em ações assistenciais, didáticas e de acolhimento, amparadas legalmente pela Constituição Federal, pelo Sistema Único de Saúde e por um conjunto de legislação que garantem que a PSR tenha direitos reconhecidos e efetivados. Apesar de tamanhas conquistas na busca pela perceptibilidade da jornada dessa população, inúmeros entraves burocráticos, sistemáticos e até preconceituosos são encontrados na ponta da aplicação das políticas públicas, seja no atendimento clínico especializado ou na abordagem e identificação de necessidades de saúde-doença. Fatores como seguimento de tratamentos, administração medicamentosa e consciência das situações de adoecimento, são também questões levantadas acerca das dificuldades encontradas para uma efetiva atuação de saúde com a PSR. Para estas circunstâncias, as possibilidades que competem, por exemplo, ao serviço social está no acolhimento, orientação, diálogo com a rede de serviços, devidos encaminhamentos às instâncias e programas que garantam o suporte para o processo saúde-doença dos indivíduos e famílias, após a saída da unidade de saúde que lhe fora admitido.

A luta pela garantia da humanização nos serviços é instrumento a ser conscientizado e reforçado constantemente para com as equipes multiprofissionais. O Programa Consultório na Rua (CNR) destaca-se como uma implementação

significativa neste ponto, que diariamente, mantém contato com as pessoas na rua e com suas demandas. Promove, portanto, uma saúde pública, em atenção básica, com ações estendidas e em busca ativa pelas questões desta superpopulação relativa. Criado em 2011, pelo Ministério da Saúde, o programa oferta de forma oportuna atenção integral à saúde. Em Natal-RN, o projeto funciona desde 2014, com equipe multiprofissional, de segunda à sexta, em um transporte de modo itinerante. Inicia-se com o trabalho pré-campo, que possibilita identificar a localidade da PSR e mapear as rotas da equipe que são variáveis, logo que para acolher é necessário conhecer; e, para encaminhar e tratar suas demandas, é preciso verificar se a atenção solicitada é básica, média ou de alta complexidade. Curativos, kits de prevenção, vacinas, consultas clínicas e odontológicas, cartão do SUS, suporte psicológico, palestras educativas em saúde, e campanhas com temáticas como a tuberculose e HIV, doenças que comumente acometem essa população, são ações oferecidas à PSR nas ruas da cidade.

Por fim, viabilizar de forma humana e oportuna a saúde pública para estes sujeitos de direito, em suas condições vulneráveis, é estabelecer um vínculo que possibilita desenvolver um trabalho compreendido como universal, estabelecido nos princípios do Sistema Único de Saúde. É importante compreender que apesar dos entraves, as conquistas analisadas no acesso à saúde são possibilidades para avançar ainda mais e garantir equidade, mesmo que dentro de uma sociedade capitalista. Percebe-se, portanto, que prosseguir com ferramentas apropriadas de estudo de caso, elaboração de relatórios e encaminhamentos com a rede de apoio de serviços, fornece a equipe multiprofissional um amparo formal e instrumental para atender as demandas dos usuários e romper com as fragilidades no interior dos serviços e equipamentos da política de saúde. As reflexões, tendências e debates que giram em torno dessa temática qualificam e requisitam as políticas públicas como meio para garantia de direitos, por isso torna-se relevante para a sociedade.

6.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho*: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6. ed. São Paulo: Boitempo, 2003.

BEHRING, Elaine. Política social: notas sobre o presente e o futuro. BOSCHETTI, Ivanete et al. (Orgs). *Política social: alternativas ao neoliberalismo*. Brasília: UnB, 17 Programa de pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2004, p. 161-180.

BORIN, Marisa do Espírito Santo. *Desigualdades e rupturas sociais na metrópole*: Os moradores de rua em São Paulo. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. *Saúde e Previdência*. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

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

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, 2008.

_____. *Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. - 1. ed. 2. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza. *Política de Saúde no Brasil*. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2001.

DEMO, P. *Pobreza da pobreza*. Petrópolis: Vozes, 2003.

FERREIRA, F. P. M.; MACHADO, S. C. C. *Vidas privadas em espaços públicos: os moradores de rua em Belo Horizonte*. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Editora Cortez, n. 90, ano XXVII, junho, 2007.

FURTADO, Celso. *O Brasil Pós-milagre*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GORZ, André. *Metamorfose do trabalho*: Crítica da razão econômica. São Paulo: Annablume, 2003.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. A Questão Social no capitalismo. *Temporalis*, ano II, n. 3, p. 09-32, Brasília: ABEPSS, Gráfica Odisséia, 2004.

MARICATO, E. Exclusão social e reforma urbana. Propostas, Rio de Janeiro, n.62, p.51-56, set. 1994.

MARX, Karl. *O Capital*. Tradução: Reginaldo Sant'anna. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988a. livro 1, v. I.

_____. *O Capital*. Tradução: Reginaldo Sant'anna. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988b. livro 1, v. 2.

MELLO, João Manuel de & NOVAIS, Fernando A. Capitalismo Tardio e Sociabilidade Moderna. In.: *História da Vida Privada no Brasil - 4: contrastes da intimidade contemporânea*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

OLIVEIRA, Francisco de. Os direitos do Antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1998.

PEREIRA, Camila Potyara. Rua sem saída: um estudo sobre a relação entre o Estado e a população de rua de Brasília / Camila Potyara Pereira; - Brasília: Ícone Gráfica e Editora, 2009.

PEREIRA, Potyara A. P. Vicissitudes da pesquisa e da teoria no campo da política social. *SER Social*, n. 09, p. 53-93. Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, jul./dez. 2001.

POCHMANN, Marcio. Proteção social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, 18(2), p. 3-16, 2004.

Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua. Decreto Nº 7.053, 23 de dezembro de 2009.

SALVADOR, Evilásio. Fundo público e seguridade social. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Fundo público e o financiamento das políticas sociais no Brasil. 2012.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. *Trabalho e População em Situação de Rua no Brasil* / Maria Lucia Lopes da Silva. - São Paulo: Cortez, 2009.

SOUZA, Natale Oliveira de. Legislação do SUS esquematizada e comentada. - 2. ed. Salvador: SANAR, 2018.

VIEIRA, M. Antonieta da Costa; BEZERRA, Eneida Maria Ramos; ROSA, Cleisa Moreno Maffei (orgs.). *População de rua: Quem é, como vive, como é vista*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.