



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

**SANDRA MOREIRA COSTA DE CARVALHO**

**“OS DITOS SEM”  
ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

**Salvador  
2014**

**SANDRA MOREIRA COSTA DE CARVALHO**

**“OS DITOS SEM”  
ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inaiá Maria  
Moreira de Carvalho.

**Salvador  
2014**

UCSal. Sistema de Bibliotecas.

C331 Carvalho, Sandra Moreira Costa de.  
“Os ditos sem” acesso a saúde da população em situação de rua/  
Sandra Moreira Costa de Carvalho. – Salvador, 2014.  
202 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.  
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado Políticas  
Sociais e Cidadania.

Orientação: Profa. Dra. Inaiá Maria Moreira de Carvalho.

1. População - Situação de rua 2. Acesso à saúde 3. Políticas  
Sociais 4. Centro Histórico de Salvador (BA) - Questão social I. Título.

CDU 364.444(813.8)

**TERMO DE APROVAÇÃO**

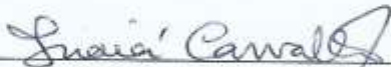
**SANDRA MOREIRA COSTA DE CARVALHO**

**“OS DITOS SEM” ACESSO A SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE  
RUA.**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas  
Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 24 de abril de 2014.

Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Inaiá Maria Moreira de Carvalho – Orientadora – UFBA/UCSal

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta - UCSal

  
\_\_\_\_\_

Profa. Dra. Mari Aparecida Bortoli – PUCRS

*Dedico este trabalho aos atores principais, que na dor, no silêncio e no medo cotidiano e de existência na rua possibilitaram essas páginas. Que a história torne possível a germinação da semente da luta e resistência, para que seja possível a mudança.*

## AGRADECIMENTOS

São tantos para agradecer que certamente poderei incorrer no erro de esquecer alguém.

Agradeço a Deus, pela força, orientação e esperança, que torna possível suportar o sofrimento, a dor e o medo do amanhã.

A minha mãe e meu pai (*in memoriam*), que me deram os elementos necessários para chegar até aqui: apoio, incentivo, amor, inquietação...

A meu esposo João e meus filhos, Giovanna e Gabriel, que enfrentaram a minha ausência, que muitas vezes se dava mesmo com a minha presença. Obrigada!

Aos professores do mestrado e, em especial, a minha orientadora Inaiá Carvalho, obrigada pelo conhecimento compartilhado, aulas agradáveis e, mais que tudo, respeito ao meu olhar.

Aos amigos pelo incentivo e a alguns em especial por acreditarem em mim: Rita Oliveira e Suzana Coelho.

Aos alunos da graduação e pós-graduação em Serviço Social pelos debates e questionamentos que tanto contribuíram para meu caminhar e aproximação ao tema.

Aos entrevistados que tiveram a disponibilidade e o compromisso de compartilhar a informação, fundamental para construção do conhecimento desta dissertação, em especial as pessoas em situação de rua, que, mesmo na pressa pela sobrevivência, me ouviram e não se calaram. Obrigada!

*Há aqueles que lutam um dia; e por isso  
são muito bons;  
Há aqueles que lutam muitos dias; e por  
isso são muito bons;  
Há aqueles que lutam anos; e são  
melhores ainda;  
Porém há aqueles que lutam toda a vida;  
esses são os imprescindíveis.*

(Bertold Brecht)

## RESUMO

Este trabalho se propõe a analisar o paradoxo existente desde 1988 entre a conquista de direitos sociais universais, tais como a saúde, e a falta de mecanismos para sua concretização na prática, analisando o acesso às políticas de saúde por parte das pessoas em situação de rua, percebido na restrição encontrada por essas pessoas na área da saúde, processo vivenciado no trabalho direto da autora, há mais de doze anos, com esse público nessas áreas. O método utilizado será o dialético crítico, com a realização de um estudo teórico empírico de abordagem qualitativa, realizado através de revisão bibliográfica, com consulta a autores que discutem a questão social, capitalismo, trabalho, pobreza extrema, políticas sociais e a situação de rua, além dos últimos censos realizados em Salvador e em âmbito nacional sobre a situação de pessoas nessas condições. Analisam-se a realidade de duas unidades de saúde, de atenção básica, do Centro Histórico de Salvador e as contradições no processo social, político e econômico de negação de direitos que permeia essa questão. O contexto brasileiro, mais especificamente do Centro Histórico de Salvador, demonstra a falta de dispositivos para acesso desses sujeitos a políticas fundamentais como a saúde. Entender essa situação implica considerar que a situação de rua precisa ser analisada na construção e reconstrução de políticas sociais que, ao mesmo tempo em que respondem formalmente às demandas apresentadas por esses sujeitos, contraditoriamente reforçam sua condição de despossuídos de direitos, por não se operacionalizarem na prática. Neste estudo, considera-se importante fundamentar brevemente a situação de rua atrelada à criação, configuração e reconfiguração histórica da pobreza extrema como expressão da questão social no sistema capitalista de produção, entender, na história e na atualidade brasileira e no Centro Histórico de Salvador, e o que se tem construído para a efetivação de direitos sociais dessas pessoas, e os entraves que impedem esse avanço.

**Palavras-chave:** Situação de rua. Políticas sociais. Acesso à saúde. Questão social.



## ABSTRACT

This study aims to analyze the paradox since 1988 between the conquest of universal social rights, such as health and lack of mechanisms for their implementation in practice, analyzing access health policies for people living on the street, perceived the restriction found by these people in healthcare, process experienced in the direct work of the author, there are more than twelve years with this audience in these areas. The method used will be critical dialectic, where a theoretical study will be conducted through literature review in consultation with the authors argue that the social question, capitalism, labor, extreme poverty, social policy and the homeless and the last census conducted in Salvador and nationally on the situation of people in these conditions. We sought to analyze the social contradictions in the economic process, and denial of political rights that permeates this question. The Brazilian and more specifically Salvador context demonstrates the lack of access to these devices subject to fundamental policies such as health. Understand it means considering that the homeless need to be analyzed in the construction and reconstruction of social policy, which while formally respond to the demands presented by these subjects, paradoxically reinforce their status as dispossessed of rights, not operationalize in practice. In this study, it is considered important to briefly justify the situation of street tied to the creation, configuration and reconfiguration of historical extreme poverty as an expression of the social question in the capitalist system of production. We seek to understand the history and current Brazilian and Salvador, which has advanced in attaining social rights of these people, and what barriers hinder this progress.

**Keywords:** Homeless. Social Policies. Access to health care. Social issue.

## LISTA DE FIGURAS E QUADRO

- Figura 1 O que vem sendo feito em Salvador
- Figura 2 Acesso aos direitos sociais na visão dos gestores
- Figura 3 Gestores, quanto aos recursos disponíveis
- Figura 4 Respostas dos gestores quanto aos entraves para acesso às políticas sociais
- Figura 5 Gestores sobre os avanços nas políticas sociais
- Figura 6 Identificação do grupo focal
- Figura 7 Grupo focal – valor saúde
- Figura 8 Grupo focal – relação rua/saúde
- Figura 9 Grupo focal por utilização do serviço, com quais prioridades
- Figura 10 Grupo focal por imagens para relacionar rua e saúde
- Figura 11 Grupo focal por identificação de entraves
- Figura 12 Identificação de entraves
- Figura 13 Identificação das pessoas em situação de rua entrevistadas na unidade Ramiro de Azevedo
- Figura 14 Pessoas em situação de rua segundo autocuidado e associação rua/saúde
- Figura 15 Imagem de pessoas em situação de rua no Ramiro de Azevedo segundo autocuidado e associação rua/saúde
- Figura 16 Imagem de automedicação de pessoa em situação de rua no Ramiro de Azevedo
- Figura 17 Pessoas em situação de rua segundo valor saúde e consciência de risco
- Figura 18 Imagem de pessoas em situação de rua no Ramiro de Azevedo segundo valor saúde e consciência de risco
- Figura 19 Entraves e procura do serviço com quais prioridades
- Figura 20 Entraves no acesso à saúde

- Figura 21 Profissionais de saúde do Ramiro de Azevedo
- Figura 22 Entrevista com profissionais por dificuldades no acesso
- Figura 23 Entrevista com profissionais por inclusão das pessoas em situação de rua na regulação do SUS
- Figura 24 Entrevista com profissionais por apresentação de documentos das pessoas em situação de rua
- Figura 25 Imagem de documentos solicitados no Ramiro de Azevedo para inscrição em programas
- Quadro 1 Quadro explicativo da abordagem metodológica

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA MANIFESTAÇÃO EXTREMA DA QUESTÃO SOCIAL</b> .....	17
2.1	ACUMULAÇÃO CAPITALISTA: TRABALHO E A QUESTÃO SOCIAL.....	17
2.1.1	<b>Exclusão social: marginalidade, desfiliação, desqualificação social ou inclusão precária?</b> .....	31
2.1.2	<b>Pessoas em situação de rua: quem são?</b> .....	43
2.2	A SITUAÇÃO DE RUA COMO MANIFESTAÇÃO DA QUESTÃO SOCIAL.....	59
<b>3</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA</b> .....	66
3.1	PERFIL NO BRASIL.....	67
3.1.1	<b>Características e breve contexto histórico em Salvador</b> .....	73
<b>4</b>	<b>O DIREITO À SAÚDE</b> .....	94
4.1	PROTEÇÃO SOCIAL, POLÍTICA DE SAÚDE E O SUS.....	94
4.2	UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E INTEGRALIDADE: COMO EFETIVÁ-LOS? .....	114
4.3	A SITUAÇÃO DE RUA E O ACESSO À SAÚDE .....	123
<b>5</b>	<b>O PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	136
5.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA SOCIAL .....	136
5.1.1	<b>Planejando a pesquisa</b> .....	137
5.1.1.1	<b>O campo</b> .....	140
5.1.1.2	<b>Método</b> .....	144
5.1.1.3	<b>Técnicas</b> .....	145
<b>6</b>	<b>RESULTADOS DA PESQUISA: O ACESSO À SAÚDE NO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR</b> .....	151
6.1	O QUE VEM SENDO FEITO NA BAHIA E EM SALVADOR: O OLHAR DOS GESTORES.....	152
6.2	CARACTERÍSTICAS DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO CAMPO EMPÍRICO.....	161
6.2.1	<b>Entraves no acesso à saúde</b> .....	168
6.2.2	<b>Narrativas das pessoas em situação de rua sobre o acesso à saúde</b> .....	172
6.2.3	<b>O olhar dos profissionais de saúde sobre acesso</b> .....	181
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	188
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	192
	<b>APÊNDICES</b> .....	203
	APÊNDICE A – ROTEIRO NÃO ESTRUTURADO PARA OBSERVAÇÃO DIRETA.....	204

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS – ANÁLISE DOCUMENTAL.....	205
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM PESSOAS ADULTAS EM SITUAÇÃO DE RUA.....	207
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	210
APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES.....	211
APÊNDICE F – ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL PESSOAS ADULTAS EM SITUAÇÃO DE RUA .....	213
APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES.....	214
APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA .....	216
<b>ANEXOS</b> .....	<b>218</b>
ANEXO 1 .....	219
ANEXO 2 .....	222

## 1 INTRODUÇÃO

Nesta dissertação, empreende-se uma análise sobre como vem se dando o acesso de pessoas adultas em situação de rua aos programas, projetos e serviços de saúde, um dos itens básicos da proteção social.

O título “Os ditos sem” busca revelar a realidade de um grupo populacional, que, na sua trajetória de existência histórica, apresenta marcas de várias ‘faltas’, pois são os ‘sem número’, ‘sem trabalho’, ‘sem moradia’, ‘sem saúde’.

O interesse por essa questão foi despertado ao longo do trabalho da autora com esse público na área de saúde, através da atuação em uma unidade de atenção especializada zoneada no Distrito Sanitário Centro Histórico de Salvador (Bahia), e na atuação em política de assistência social, como assistente social no município de Camaçari (Bahia). Nessas situações foi possível presenciar mais de perto o processo de negação de direitos fundamentais a essas pessoas e a preponderante dificuldade de acesso à saúde.

Discutir sobre o acesso à saúde para essa parcela da população significa, acima de tudo, reconhecer que a existência formal de políticas públicas, por si só, não garante a efetivação dos direitos fundamentais da cidadania. Em outras palavras, a existência de um direito social, por si só, não determina que a população tenha acesso a ele como tal. O que se percebe é que, apesar de o direito existir formalmente, a maneira como os sujeitos o usufruem pode torná-lo efetivo ou ineficaz.

Outro fator relevante é o aumento desses contingentes, pois nos últimos anos, o crescimento da população de rua tem despertado a necessidade de um conhecimento mais aprofundado de suas reais proporções. Os censos, no Brasil, têm como referência básica o domicílio, desconsiderando, portanto, historicamente, as pessoas que não possuem residência. Na década de 1990, vários estudos e pesquisas sobre pessoas em situação de rua possibilitaram avançar sobre a realidade dessa população e sobre o que a rua representa para elas.

No processo de elaboração do trabalho, foi fundamental o acesso a essa bibliografia especializada, que discute sobre quem são as pessoas em situação de rua e suas características históricas foram fundamentais para esta dissertação. Assim, foram consultadas várias produções acadêmicas importantes sobre o tema, tais como Marx (1975, 1985, 1997, 1984), Silva (2009), Escorel (1997),

Vieira & Rosa (1994), Pimentel (2007), Sposati (2001), Martins (2002), Prates (2000, 2003, 2010, 2011), Schuch (2012), Di Flora (1987). Isso se fez também necessário pelo fato da situação de rua poder apresentar contextos diferenciados em cada município, a depender do contexto e período em que ocorre.

A partir desse interesse e com base na bibliografia que já se acumula sobre o tema, foram definidas essas pessoas como *em situação de rua*, considerando que essa denominação melhor define a situação como processo, sem estigmatizar ou congelar o fato aos que a vivenciam. No entanto, é a condição de extrema pobreza a categoria central que vincula o fenômeno da população em situação de rua à estrutura da sociedade como um fenômeno produzido socialmente no contexto da produção capitalista, para atender às necessidades de expansão do capital. Sendo assim, é uma condição vinculada a causas estruturais.

Nessa discussão, considerou-se que a emergência da situação de rua é uma decorrência da questão social que marca o capitalismo monopolista.

Sabe-se, no entanto, que entender a situação de rua no Brasil requer refletir sobre a implantação do capitalismo tardio e o agravamento da pobreza, que, segundo Ianni (2004), desde 1800, passou a se apresentar no país gradativamente, com a liberação da mão de obra escrava e a sua não absorção imediata no mercado de trabalho da época. O mesmo autor argumenta que a história brasileira é permeada pela questão social, pois ela se apresenta como elo básico da problemática nacional. A questão social surge na escravidão, com a expropriação completa do escravo e com a introdução do trabalho livre, emergindo com a abolição da escravatura tanto no campo como na cidade. Porém é na década de 1920 e 1930, com a industrialização brasileira, que se apresentam marcas mais profundas de espoliação de parcela de trabalhadores do processo de produção. O estudo recente de Silva (2009) sobre trabalho e população de rua reforça que, apesar de a situação de rua ter uma origem multifatorial, dois componentes são permanentes: a extrema pobreza vivenciada por esses sujeitos, excluídos do sistema de produção, e os vínculos familiares rompidos ou fragilizados.

Percebe-se, assim, a importância de se discutir, no Brasil o acesso à saúde e a estreita relação entre a extrema pobreza, como expressão da questão social e fruto do sistema capitalista, e a atual situação das pessoas em situação de rua, vítimas da falta de garantias de direitos.

Para as pessoas em situação de rua, a defesa e a garantia de direitos é de fundamental importância, pois expressam o respeito à vida e ao trato humano para quem está em situação de total expropriação, configurada por sua exposição a fatores que ameaçam ou ferem sua integridade física, psicológica e moral.

Nesse contexto, verifica-se que, para esse segmento ter acesso mínimo a direitos sociais como a saúde, é preciso efetivar princípios como a igualdade e equidade, que fundamentam a Política Nacional para a População de Rua (2007) sejam rediscutidos, em suas possibilidades de se efetivarem concretamente no contexto real de vida destes sujeitos.

Essa garantia supõe uma atenção multifatorial e, na saúde, uma atenção integral. As alternativas, segundo Martins (2002, p.14) “tem sido políticas sociais compensatórias, porém necessárias, pois atenuam os efeitos danosos do modelo econômico”.

Entender o contexto de saúde, também perpassa pelos motivos que levaram esses sujeitos para a rua, embora as pessoas em situação de rua possuam motivos e (ou) características diversas para usar o espaço público como meio de sobrevivência, existem condições e características que possibilitam identificá-las como um grupo populacional distinto dos demais.

No contexto europeu, ao se analisar a implantação do capitalismo, percebe-se que uma pobreza extrema o acompanha e que alguns fatores contribuíram historicamente para a forma como a situação de rua se configura no mundo. Um deles é a falta de políticas sociais que atendam a suas particularidades, ainda que elas não eliminem as condições que dão origem à existência de pessoas em situação de rua, como a estrutura de classes da sociedade capitalista.

No sentido de regatar o aspecto histórico do trabalho e a negação de acesso de parcela da sociedade ao processo produtivo, Silva (2009) apresenta, como origem do fenômeno *situação de rua*, o pauperismo do século XVI a XVIII, que favoreceu a implantação da sociedade capitalista. Fazendo-se necessário também nessa discussão entender a categoria trabalho.

Em países como o Brasil que tiveram a implantação do capitalismo tardio e o crescimento da industrialização de maneira diferenciada dos países europeus e americanos, acrescenta-se a esse contexto uma atenção aos pobres historicamente centradas na caridade, no assistencialismo e na filantropia, sem lhes possibilitar o acesso aos direitos mínimos necessários à subsistência.



A partir desse contexto difuso permeado por aspectos relacionados ao mundo do trabalho, à configuração e reconfiguração da pobreza extrema e, no caso brasileiro, à omissão do Estado, pode-se afirmar que, no que se refere ao atendimento a pessoas em situação de rua a direitos fundamentais à sua sobrevivência, como a saúde, existe uma real dificuldade de acesso com relação a projetos, programas e outros serviços sociais da rede pública.

A partir da discussão iniciada acima, esta dissertação propõe como *objeto*, a análise dos entraves no acesso à saúde, a partir da realidade das pessoas adultas em situação de rua que circulam no Centro Histórico de Salvador. O *problema* que norteou o estudo se formula na questão: quais as dificuldades enfrentadas por esses adultos em situação de rua no acesso a programas, projetos e serviços de duas unidades básicas de saúde? As unidades de saúde pesquisadas foram: a Unidade Ramiro de Azevedo e Unidade São Francisco.

O estudo busca demonstrar que o acesso à saúde, para esse segmento social, no contexto que será analisado, não se concretiza de forma a possibilitar um acesso universalizado, pois os serviços, programas, projetos das instituições que representam o Estado não refletem esse direito, o que é revelado a partir de serviços despreparados para demandas específicas com discretas iniciativas públicas municipais, se considerado o que é demandado.

O objetivo geral do trabalho é investigar, a partir das unidades básicas, os entraves para o acesso à saúde das pessoas adultas em situação de rua que circulam no Centro histórico de Salvador. Os objetivos específicos revelam a intenção de: verificar as estratégias governamentais que vêm sendo adotadas em Salvador para a inclusão das pessoas adultas em situação de rua nos mecanismos de proteção social e de saúde; identificar se existe o acesso dessas pessoas a projetos, programas e serviços de duas unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário Centro Histórico de Salvador e as dificuldades de natureza civil, cultural e social que tencionam a garantia desse direito.

A elaboração da pesquisa envolveu revisão bibliográfica, com um referencial teórico sobre as categorias de análise: capitalismo, trabalho, questão social, políticas sociais, pobreza extrema e situação de rua. Essas categorias mais gerais fazem-se importantes considerando que, no capitalismo em suas especificidades no caso brasileiro, destaca-se a negação de direitos de parcela de trabalhadores desempregados, parte dos quais terminam em situação de rua.

A fundamentação teórica da pesquisa buscará ainda considerar informações históricas sobre o campo empírico: o Centro Histórico de Salvador.

O referencial teórico-epistemológico desta pesquisa compreende o enfoque marxista de saúde. Segundo Minayo (2010), a partir da década de 70, através de discussões sanitaristas, emergiu uma nova postura de profissionais e intelectuais, com o crescimento, na América Latina, do método crítico dialético, ou “materialismo histórico e dialético”, na saúde.

Quanto as divisões do trabalho, ele está dividido em cinco capítulos. No primeiro, discorre-se sobre o processo de acumulação capitalista e a situação de rua como uma expressão extrema da questão social, buscando, com essa discussão, demonstrar como a situação de rua advém de um processo de inclusão precária do mercado de trabalho e se torna condição necessária para a acumulação capitalista, bem como se reflete nos vínculos sociais familiares das pessoas, principalmente na parcela mais pauperizada da população. No segundo capítulo, o foco se volta para a configuração histórica desse fenômeno no Brasil e em Salvador. O terceiro capítulo desenvolve sobre a política social central do estudo, que é a de saúde, e busca apresentá-la como um direito não acessado historicamente por este grupo. O capítulo quarto apresenta o percurso metodológico da pesquisa, a escolha do campo, o planejamento da pesquisa, técnicas, métodos, metodologias e epistemologias que foram adotados para iluminar a abordagem o ao grupo que representa o objeto do estudo.

No quinto capítulo, apresentam-se os resultados da pesquisa, analisando-se a narrativa de profissionais de saúde, gestores e das pessoas em situação de rua, os entraves e os desafios para o acesso desse último segmento à saúde.

Trazer a realidade multifacetada destes sujeitos, não é tarefa fácil, existem vários limites para cada estudo que se propõe debruçar sobre esta temática, especialmente a partir das condições históricas e estruturais que ele se apresenta.

Espera-se com este estudo poder aportar subsídios que possam contribuir, de alguma forma, para a qualificação dos serviços existentes para enfrentamento da questão.

## 2 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UMA MANIFESTAÇÃO EXTREMA DA QUESTÃO SOCIAL

*Diz-se violento o rio que tudo arrasta, mas não se dizem violentas as margens que o oprimem.*

(Bertolt Brecht)

Este capítulo busca analisar a situação de rua atrelada à lógica de produção do sistema capitalista e a forma como ela se manifesta enquanto expressão da questão social, tendo a categoria trabalho como fundante. Assim, analisa a pobreza e a desigualdade como inerentes a esse sistema e apresenta algumas categorias teóricas que fundamentam a compreensão do processo de pobreza.

### 2.1 ACUMULAÇÃO CAPITALISTA: TRABALHO E A QUESTÃO SOCIAL

Analisar o processo de pauperização dos trabalhadores requer entender categorias teóricas fundamentais, como exclusão, desfiliação, desqualificação e inclusão precária, bem como ele reflete e se insere nas relações sociais a partir do processo de acumulação capitalista.

A pobreza extrema acompanha as sociedades capitalistas e, por isso, é importante analisar esse sistema para entender como a situação de rua se manifesta em seu bojo, quase inerente a ele. Pensadores econômicos anteriores haviam captado um ou outro aspecto do funcionamento do capitalismo. Marx procurou entendê-lo como um todo. No seu capítulo XXIII de *O capital*, ele apresenta o processo de acumulação capitalista e suas leis, que se refletem na classe trabalhadora, classe por ele denominada de proletariado. É na análise desse autor que se encontram mais decisivamente as determinações para a pauperização. Marx (1975), tendo como objeto a sociedade capitalista do século XIX na Inglaterra, analisou as relações sociais de produção e as condições de saúde e moradia precária tanto do trabalhador urbano como do rural. Segundo ele, para que se entenda a produção social, cabe compreender, antes, que é na vida em sociedade que se estabelecem determinados vínculos, através das pessoas que o reproduzem. Acrescenta que essa produção é essencialmente histórica e que as relações sociais de

produção transformaram-se com a modificação e o desenvolvimento dos meios materiais de produção.

Na análise marxista, a categoria trabalho é fundamental para entender a relação de produção capitalista e a relação de classe.

Capitalismo, para Marx, é uma organização social baseada no sistema de troca, cujos capitalistas, donos dos meios de produção, compram a força de trabalho (mão de obra) e organizam e dirigem os processos capitalistas de produção.

O trabalho de cada indivíduo ou grupo de indivíduos é trabalho social, pois ele contribui para as necessidades da sociedade. Isso quer dizer que é necessário que diferentes tipos de trabalho útil sejam levados a cabo. No entanto, na sua análise, o trabalhador é criador da riqueza e, ao mesmo tempo, é relegado à miséria. Esse é outro ponto fundamental para este estudo, pois a situação de rua será considerada como a de trabalhadores que vivenciam a miséria ou processo de inclusão precária. Não é a pobreza que leva a situação de rua, mas a situação de rua reflete uma situação extremada de pobreza.

Busca-se entender a situação de rua nesse contexto, considerando alguns aspectos históricos, políticos e econômicos que permeiam as relações sociais e de produção, como ela emerge e as visões teóricas sobre a pobreza, mas antes é preciso entender o processo de produção capitalista.

Marx (1975), ao expor sobre o capital, explica que ele é uma relação social de produção, pois dá a dinâmica e a inteligibilidade de todo o processo da vida social. Assim, capital<sup>1</sup> e trabalho constituem uma unidade de diversos: um se expressa no outro, um recria o outro, um nega o outro. Capital e trabalho fazem parte de um mesmo processo e, embora um se oponha ao outro, estão intrinsecamente ligados. Para o autor, o capital se expressa através de mercadorias, expressões entre classes sociais antagônicas. Nesse processo, destaca que dois atores são fundamentais e opostos: capitalistas e proletários.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Segundo Yamamoto (2006), ao apresentar a teoria marxista, o capital se expressa através de mercadorias, mas também são (meios de produção e de vida). São expressões entre classes sociais.

<sup>2</sup> Para Marx (1997, p.2), a expressão “proletário” define o conceito de trabalhador na sociedade capitalista.

E é nesse processo de acumulação de riqueza e espoliação de massas de trabalhadores, que se encontra a gênese do aumento e perpetuação da pobreza extrema.

A lei geral da acumulação é o principal caminho para entender o pauperismo e como ele possibilita o surgimento de várias de suas expressões. Pimentel (2007) vê, no processo de acumulação do capital, as leis gerais que implicam mudanças na classe trabalhadora e trazem determinações significativas para a pauperização dos trabalhadores e de suas famílias. No contexto europeu, esse processo de espoliação da classe trabalhadora é visível desde o início da industrialização no século XIX, alterando as condições de moradia, nutrição e saúde dos trabalhadores. Trata-se não só da pobreza, mas também de um processo de indigência que não tinha apoio ou proteção pública. São camadas indigentes que viviam de caridade. É o processo de acumulação capitalista e a crescente demanda do capital por força de trabalho, que atendem e ao mesmo tempo alteram as condições dos trabalhadores. Para Marx (1985), o crescimento do capital implica o crescimento da força de trabalho ou do fundo adicional de trabalho.

Essa afirmação nos reporta à lógica da acumulação capitalista, onde são necessários os trabalhadores que vendem a sua força de trabalho, mas também um número de mão de obra sobrando, necessária a acumulação de riqueza.

A acumulação do capital é a “multiplicação do proletariado” (p.25), assim, um país é um tanto mais rico quanto mais proletário ele tiver, ou seja, o mecanismo de acumulação capitalista multiplica a massa de pobres laboriosos. Essa produção reproduz continuamente o capital, com um excedente de mão de obra que não é pago ao trabalhador e é apropriado pelo capitalista. Esse mais trabalho ou mais valia satisfaz as necessidades do trabalhador, mas não ultrapassa a condição de sua dependência. O importante, no processo, é a valorização do capital e, ao mesmo tempo em que o capital aumenta, torna insuficiente a força de trabalho explorável. Um reservatório de mão de obra inesgotável é criado no ciclo de acumulação. A vida do trabalhador cai abaixo do nível normal e expõe esse contingente a todo o tipo de exploração, com máximo de tempo de serviço e mínimo de salário.

Pimentel (2007) assevera que o mais profundo segmento da população relativa habita o pauperismo e afirma sobre quem são esses:

Abstraindo o vagabundo, delinquentes, prostitutas, em suma, o lumpemproletariado propriamente dito, essa camada social consiste em três categorias. Primeiro os aptos para o trabalho, basta apenas observar as estatísticas do pauperismo inglês e se constata que sua massa se expande e a cada crise decresce a toda retomada dos Negócios. Segundo os órfãos e crianças indigentes. Eles são candidatos ao exercito industrial de reserva, em tempos de grande prosperidade, como, por exemplo, em 1860, são rápida e maciçamente incorporados ao exército ativo de trabalhadores. Terceiro, degredados, maltrapilhos, incapacitados para o trabalho. São notadamente indivíduos que sucumbem devido à sua imobilidade, causada pela divisão de trabalho, aqueles que ultrapassam a idade normal de um trabalhador e, finalmente, as vítimas da indústria, cujo número cresce com a maquinaria perigosa, minas, fabricas químicas, etc. isto é, aleijados, doentes e viúvas. (p.273)

Pimentel (2007, p.37) defende que o modo de produção especificamente capitalista tem, no seu processo, o desenvolvimento da força produtiva do trabalho e a mudança na composição orgânica do capital, “um crescimento do capital global, que cresce continuamente em proporção e seu componente variável, isto é a força de trabalho, incorporada por ele, mas em proporção continuamente decrescente”. Assim, se uma população trabalhadora é resultado da acumulação, ela também se torna alavanca desse processo de acumulação “um exército sempre à disposição, pertencente a suas custas” (p.39). Um contingente populacional sempre à disposição para prover o processo de acumulação. Com o avanço da acumulação, mesmo sem recrutar trabalhadores, Marx (1985) nota que a liberação de trabalhadores ou superpopulação relativa avança mais do que a revolução técnica do processo de produção. A fileira de desempregados pressiona os empregados e vice-versa, ou seja, o aumento desse exército de reserva está em relação direta com o sobre trabalho.

Essa discussão é relevante, pois vê-se que o perfil atual das pessoas em situação de rua reconstrói em outros termos, esses elementos da teoria marxista clássica, pois na atualidade, este terceiro grupo de maltrapilhos e incapacitados não vão mais se apresentar como lumpemproletariado, mas trabalhadores aptos para o trabalho, empurrados para o pauperismo e para a situação de rua, algumas vezes, pelas condições sociais, familiares, políticas e econômicas.

Pimentel (2007) apresenta o sistema de causalidade do pauperismo a partir da análise marxista. Segundo ela, para Marx, quanto mais o exército industrial de

reserva cresce em relação ao exército ativo, mais aumenta a superpopulação relativa. E quanto maior for a camada miserável da classe trabalhadora e o exército de reserva, maior é o pauperismo.

Segundo Marx (1975), essa população sobrando está sempre com “um pé no pântano e outro no pauperismo”. Ainda considera:

[...] mas se uma superpopulação trabalhadora é o produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza sobre uma classe capitalista esta superpopulação, por sua vez se converte em alavanca da acumulação capitalista e inclusive em condição de existência do modo capitalista de produção. (p.786)

Marx (1975) discorre sobre a pobreza no âmbito da lei econômica de acumulação capitalista, da extensão da mais-valia, da existência dessa população supranumerária ou exército industrial de reserva, que pressiona os salários para baixo, e afirmam que a permanência desse contingente da “reserva” tem caráter funcional às condições da acumulação do capital e de reprodução da classe trabalhadora. Hobsbawm (1995) reforça essa afirmação e assevera:

O reaparecimento de miseráveis sem teto é parte do impressionante aumento das desigualdades, social e econômica, da nova era. Pelos padrões mundiais, as ricas economias de mercado desenvolvidas “não eram – ou ainda não eram particularmente injustas na distribuição de sua renda” (p.396).

O que se pretende afirmar é que existe uma relação estreita entre a lei geral de acumulação do capital, o desemprego estrutural e a existência de trabalhadores sobrando, necessários ao processo tendo a centralidade a precarização do trabalho que vem com as novas exigências do capitalismo moderno e a pauperização como causalidade do processo de acumulação.

Ivo (2004) defende que o empobrecimento, é inerente ao sistema capitalista, que tem, no seu limite, a disponibilidade do trabalho assalariado. Quanto às dificuldades impostas nesse processo, Marx (1997) afirma:

O operário moderno, longe de se elevar com o progresso da indústria, desce cada vez mais abaixo das condições de sua própria classe. O trabalhador cai no pauperismo e este cresce ainda mais rapidamente que a população e a riqueza (p.36).

Para o autor, o capital não é uma propriedade individual do capitalista, mas uma relação e uma força social: “O Capital é uma força social” (MARX, 1975, p.39).

Assevera que o capital sempre mantém essa força de trabalho desempregada ou parcialmente empregada. Trata-se do já mencionado exército industrial de reserva ou superpopulação relativa, que regula o valor dos salários, podendo fazê-los cair a níveis de subsistência, pois o capitalista possui outros trabalhadores para substituí-los.

Uma parte da população rural [...] encontra-se sempre em vias de metamorfosear-se em população urbana ou manufatureira. Seu fluxo constante pressupõe a existência de uma população supérflua, sempre latente no próprio campo, cuja dimensão só se torna visível quando, em situações excepcionais, abrem-se as comportas dos canais de drenagem. Por isso, o trabalhador rural é rebaixado ao nível mínimo de salário [...] (MARX, 1975 p.800-801).

A relação do pauperismo com a situação de rua não é direta, pois nem todo o pobre está em situação de rua, mas é relevante, pois a pobreza extrema é uma característica central da situação de rua, e é nesse ponto que a sociologia crítica marxista ajuda a entender as origens desse processo.

O ponto de partida da análise marxista é a história, é entender os sujeitos a partir do contexto histórico. Para o autor, não é a ideia ou o conceito, mas a história o ponto principal para entender os processos sociais. O indivíduo, como gênero humano com universalidade interna, como ele se liga a outros indivíduos humanos, é o que importa. Para Marx (1998), a essência do homem é o conjunto das relações sociais, ou seja, é através dela que o homem se humaniza em sociedade. Entender os processos sociais que estão engendrados na sua existência como fenômeno social fundamental, o autor ainda afirma que,

[...] esse pauperismo irá compor um quadro de desigualdades sociais e” quanto maior a camada lazarenta da classe trabalhadora e o exército de reserva, maior o pauperismo oficial, essa é a lei absoluta da acumulação capitalista (p.274).

Vale ressaltar que o referencial de pobreza que norteia esta dissertação compreende as reflexões de inspiração marxista, citadas por Iamamoto (2004):

A pobreza não é apenas compreendida como resultado da distribuição de renda, mas referida a própria produção. Ou, em outros termos, a distribuição dos meios de produção, e, portanto as relações entre as classes atingindo a totalidade da vida dos indivíduos sociais, que se afirmam como inteiramente necessitados, tanto na órbita material quanto espiritual, intelectual, cultural e moralmente (p.16).



A análise marxista busca entender indivíduos determinados a partir de atividades produtivas e um modo determinado de produção em que entram relações sociais e políticas.

A produção de ideias, representações e a própria consciência está diretamente relacionada à atividade material, pois ela é a “linguagem da vida real” Marx (1998, p.275). Ou seja, as formas como as pessoas se veem e são vistas pela sociedade é permeada pelas representações de uma relação social capitalista de produção, a partir da sua inserção de classe. O processo de acumulação capitalista ao mesmo tempo em que cria e recria a condição social e econômica dos sujeitos, influencia em suas representações.

O elemento central neste contexto de acumulação e representações sociais é o trabalho, pois ele é fundante e ontológico ao ser social. Então, as pessoas em situação de rua devem ser entendidas como trabalhadores ou não trabalhadores, e sua existência analisada pelas influências desse processo de produção. A partir dessa análise, não se pode entender qualquer grupo social e suas necessidades sem antes entender sua configuração histórica e como ela se organiza.

Esse processo solicita o entendimento do papel da diferença de classe e da relação capital trabalho e a consciência de classe como elemento que pode modificar este contexto.

Segundo Lukács (2003, p.140), a consciência do homem só pode ser entendida na “relação da sociedade com a totalidade”. Somente nessa relação o homem revela a consciência de sua existência. Ou seja, o conjunto de ideais e representações sociais são condicionados às condições materiais e ao mesmo tempo as condições materiais são alteradas por estas representações, esse processo encobre o antagonismo de classes em oposição.

Segundo Martins (2002, p 149) na sociedade pré-capitalista não era perceptível a forma que o processo econômico de produção, debatido até agora, era importante. Com a divisão em castas e estamentos, vê-se a implicação do elemento econômico na vida social, pois “unem-se elementos econômicos aos políticos e religiosos”. Com o surgimento da burguesia, fica mais clara a organização social estratificada em classes, ou seja, o processo de acumulação do capital só é possível, porque existem proletários, burgueses, exercito de reserva, lumpemproletariado e cada experiência revela uma vivência de acesso a partir do papel que ocupa na classe.

Conforme Thompson (1987, p.1), classe não é uma categoria, mas algo que ocorre nas relações humanas e, acima de tudo, uma relação histórica, para o autor, essa relação “está sempre encarnada em pessoas e contextos reais” (p.10). Continua afirmando que essa relação envolve pessoas, ou seja, “não podemos ter amor sem amantes”. A consciência de classe<sup>3</sup> vem da relação de produção, e a experiência de classe é como os homens nasceram ou entraram involuntariamente no processo. Tal processo se reproduz em termos culturais, em um sistema de valores, ideias, costumes, formas institucionais. Pode-se, portanto, ver uma lógica parecida, a partir de cada grupo de profissionais que vivencia as mesmas experiências e, assim, a consciência de classe difere no tempo e no espaço em que ela ocorre. O autor afirma que classe não é uma “coisa”, mas uma relação.

As classes se baseiam nas diferenças de poder legítimo associado a certas posições na estrutura de papéis sociais em relação a suas expectativas de autoridade [...] Um indivíduo torna-se membro de uma classe ao desempenhar um papel social relevante do ponto de vista da autoridade [...] Ele pertence a uma classe porque ocupa uma posição numa organização social, ou pertencimento a uma classe é derivado da incumbência de um papel social (THOMPSON, 1987 p.11).

Vale entender como o indivíduo veio a ocupar esse papel e como, nessa relação de luta e oposição, se desenvolveu sua organização de direitos. Os autores marxistas buscam trazer os trabalhadores como ativos, e não como vítimas passivas do *laissez faire*<sup>4</sup>, nem como a ortodoxia, que vê os trabalhadores como força de trabalho ou mero dado estatístico. Ou ortodoxia do progresso, relacionada com os pioneiros do Estado de Bem Estar social<sup>5</sup>, ou outra ortodoxia, que Thompson (1987) chama de “progenitores de uma sociedade socialista”. O autor acredita que todas essas análises ortodoxas não contribuíram para o nosso conhecimento do real. Antes, porém, busca e mostra que as primeiras escurecem a contribuição dos trabalhadores, e essa última lê a história não a partir de fatos concretos, mas do que ocorreu em situações anteriores, ressaltando apenas os vitoriosos, pois os da

---

<sup>3</sup> Consciência, para Marx (1975), é algo que pertence a este mundo, mas passa a ser vista como uma simples fase do desenvolvimento, como a fase da “sociedade burguesa”, e a isso se opõe “a atividade prático-crítica”, a “transformação do mundo” como tarefa da consciência.

<sup>4</sup> É hoje expressão-símbolo do liberalismo econômico, na versão mais pura do capitalismo, que o mercado deve funcionar livremente, sem interferência e com apenas regulamentos suficientes para proteger os direitos de propriedade. Acesso em: <http://www.knoow.net/cienceconemp/ economia/laissezfaire.htm>.

<sup>5</sup> Segundo Alves (2004), Ebes é: “A responsabilidade do Estado pelo bem-estar dos seus membros”, tenta assim manter um padrão mínimo de vida para todos os cidadãos como uma questão de direito social por intermédio de um conjunto de serviços provisionados pelo Estado.

escória ou os do beco são esquecidos. O autor resgata, assim, o tecelão do obsoleto tear mecânico, o artesão utópico, pois nele está a consciência e a vivência desse tempo e do reflexo dessa história. Assevera que, no povo, residem males que, desde a revolução industrial, não foi possível curar, frutos de instituições democráticas e que ainda permeiam nossa experiência e que a classe é uma criação cultural e econômica.

Segundo Lukács (2003, p.143), a pergunta que deve ser feita é “qual a função da história prática da consciência de classe?”, e ainda assevera:

Somente tais constatações tornam possível a utilização metódica da categoria da possibilidade objetiva. Pois é preciso perguntar-se, antes de tudo, em que medida a totalidade da economia de uma sociedade pode, *em quaisquer circunstâncias*, ser percebida dentro de uma determinada sociedade, a partir de uma determinada posição no processo de produção. Pois tanto quanto é preciso superar as limitações reais dos indivíduos na estreiteza e nos preconceitos de sua condição, tanto menos podem ser superados aqueles limites que lhes impõe a estrutura econômica da sociedade de sua época e sua posição nessa sociedade. Portanto, do ponto de vista abstrato e formal, a consciência de classe é, ao mesmo tempo, uma *inconsciência*, determinada conforme a classe, de sua própria situação econômica, histórica e social. Essa situação é dada como uma relação estrutural determinada, como um nexos formal definido, que parece dominar todos os objetos da vida (p.143).

Ou seja, a história da sociedade capitalista é uma história de diferenças de classes, entre opressores e oprimidos, plebeus e patrícios, nobres e escravos, proletários e burgueses. Essa posição de classe traz consigo um conjunto de relações, valores, normas e se reproduz e é reproduzida no cotidiano dos sujeitos. É a forma que o sistema econômico, político e ideológico, atravessa a vida destes sujeitos, onde o mundo do trabalho se espalha pelo mundo da vida.

É a existência dessas diferenciações de classe que faz, dentro dessa lógica, surgir à questão social.

Quando o capital industrial e financeiro afirma a sua hegemonia “[...] emerge sob novas formas a chamada ‘questão social’<sup>6</sup> [...]” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p.77).

A questão social é outra categoria central que no possibilita relacionar a acumulação do capital, com a extrema pobreza inerente a ele e a consciência de

---

<sup>6</sup> Questão social aqui entendida como: “Conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 2006, p.27).

classe, pois a sua emergência só foi possível com a tomada de consciência de classe do proletariado.

Pimentel (2007), em sua obra, analisa o debate contemporâneo na contradição entre capital e trabalho que emerge da análise marxista. A autora, ao contrapor-se à visão de Castel (1996 *apud* PIMENTEL, 2007), assegura que esse autor faz uma análise sociológica da questão social tomando a sociedade francesa como exemplo. Segundo ela, a análise histórico-sociológica de Castel sobre a questão social não aprofunda as contradições que essa categoria encerra, pois trata-se de uma categoria que põe em risco a capacidade de uma sociedade existir nas suas relações interdependentes.

Castel (1996, p.30), parte do princípio de que a “questão social” vem historicamente sofrendo alterações impressas pelas crises, ou, na denominação do autor, “metamorfoses”. Defende que a nova questão social refere-se à “precarização desencadeada pelo processo global de reestruturação do capital, que leva à vulnerabilidade das massas”. O autor conceitua questão social como: “Tomada de consciência das condições de existência das populações que são, ao mesmo tempo, os agentes e as vítimas da revolução industrial. É a questão do pauperismo”.

Pimentel (2007) avalia a grande contribuição desse autor para o entendimento dessa categoria teórica, porém acrescenta que cabe à sua obra a revelação dos movimentos históricos, embora ressalte que ele não revela as determinações essenciais para entendimento dessa categoria, a “questão social” no contexto que a configura como inerente ao modo de produção capitalista. Pimentel (2007, p.170), ao discorrer sobre o exército industrial de reserva, concorda com Marx (1975) e defende a existência desse segmento populacional como fração da classe trabalhadora, sujeita à ociosidade forçada, em detrimento do sobretrabalho de outra. Conclui que a “questão social originalmente se expressa no empobrecimento do trabalhador e tem suas reais bases na reprodução do capital”.

Na esteira dessa discussão, Pastorini (2004) reforça as ideias marxistas, pois busca realizar um estudo crítico da categoria “questão social” à luz das transformações políticas, econômicas e sociais nos últimos trinta anos, na sociedade capitalista, até o capitalismo monopolista. A autora reconhece que são essas mudanças que fazem os autores pensarem em coisas novas, ou em uma nova sociedade, ou “uma nova questão social”. Essa oposição entre novo e velho distorce a análise dessa categoria e retira seu contexto de processo. Ela defende que,

apesar das novas manifestações da questão social, são mantidos os traços constitutivos de sua origem. Busca apresentar a questão social como totalidade histórica em movimento, na relação dialética de rompimentos e continuidade, e, com isso, rebate significativamente nas respostas que são dadas historicamente a algumas de suas expressões, a exemplo da situação de rua, elemento central desta dissertação.

Apesar de diferenças históricas, as contradições e os antagonismos de classe estão presentes no Estado e na relação entre capital e trabalho. A autora afirma, assim, que a questão social original não foi superada.

Trava-se, desse modo, um debate entre os autores que defendem a nova questão social e aqueles que defendem que o novo está nas suas novas expressões. Os primeiros partem da ideia de que o capitalismo contemporâneo rompe com o capitalismo industrial e com a questão social e, nesse contexto, entrariam novos sujeitos e novas necessidades, especialmente a partir dos anos 70, quando se redefinem os modos de regulação social.

Rosavallon (1995) defende que o crescimento do desemprego faz nascerem novas formas de pobreza ou exclusão social, e isso indicaria o surgimento dessa nova questão social, com esgotamento do modelo de proteção social, baseado no risco coletivo, e a não adaptação dos velhos métodos de gestão social à nova realidade. Hoje, então, haveria uma crise de ordem filosófica que, em tese, estaria questionando o Estado Providência. Nessa análise, o princípio da solidariedade e a concepção de direitos sociais se destacam. Castel (1996) entende que essa mesma crise ocorre pelo problema do emprego e da precariedade e afirma que a precarização regida pelo aumento tecnológico torna o maior risco na atualidade. Ambos os autores entendem que os “inúteis”, segundo Castel, ou os “novos pobres”, segundo Rosavallon, não remetem mais à antiga exploração, rompendo-se, assim, com a antiga questão social.

Pastorini (2004, p.18) ainda afirma que, segundo esses autores, cabe ao Estado responder a essas demandas de forma inovadora, diferente das formas já usadas nos trinta anos gloriosos, nos países do centro capitalista, com o *Welfare State*<sup>7</sup>, surgindo várias formas de Estado capitalista, como o “Estado inteligente” e o

---

<sup>7</sup> Boschetti (2007) traz o que seriam os modelos de Welfare State ou Estado de Bem-Estar Social – Ebes, **modelo alemão** – destinados a reduzidas categorias profissionais, que não tinham caráter universal, com acesso condicionado a contribuição anterior; o **modelo anglo-saxão ou**

“Estado providência”. Outra denominação seria o Estado estrategista que, na denominação de Castel (1996), é um Estado preocupado com a proteção social, preocupado com a coesão social e que coloca em prática a inserção social para a população mais pobre, ou os “invalidados pela conjuntura da crise”.

As discussões apresentadas traçam uma análise que busca mostrar que as transformações do trabalho podem ter uma forma civilizada de existência, que não gere contradições no conjunto geral de trabalhadores, e essas transformações mundiais do capitalismo passam a ser vistas como irreversíveis e resultantes da terceira revolução industrial, ligadas à microeletrônica. Os autores mencionados defendem que as várias expressões da questão social, agravadas especialmente a partir dos anos 70, são frutos do esgotamento do modelo fordista keynesiano, com o rompimento desse pacto, do que decorrem maior insegurança no emprego e maior liberdade do capital para realizar demissões, subcontratações, ou seja, todo um processo de precarização do trabalho.

Pastorini (2004, p.32) chama essa precarização de “heterogeneização das classes trabalhadoras”, que trouxe consigo baixa remuneração da classe trabalhadora e precária inserção nas políticas sociais. Ou seja, esse novo estágio do capitalismo vem acompanhado de um aumento da extrema pobreza, de trabalhadores excluídos do mercado formal e informal, o que a autora denomina de “nova pobreza”, com algumas características, tais como o aumento e empobrecimento da classe média e a redução do número de trabalhadores maiores de 45 anos inseridos no mercado formal de trabalho.

A partir de 1990, com o processo de reestruturação produtiva, entra em cena a ideia do Estado mínimo, ou seja, o Estado não deveria ser um Estado intervencionista. Nesse processo, a sociedade de livre mercado é que possibilita o desenvolvimento pleno dos sujeitos, que podem optar sobre o que fazer e o que não fazer, sem que haja a autoridade do Estado para definir o que deve ser feito. Trabalhadores e capitalistas, para os neoliberais, são indivíduos isolados, que se movimentam livremente pelo mercado. No entanto, a autora assegura que essa

---

**estadunidense**, que supera a era securitária Bismarkiana e foi universalizado a partir do Plano Beverige inglês, usado a primeira vez nos EUA em 1935, que preconiza direitos universais a todos e mínimos sociais aos que necessitam; o **modelo francês**, instituído após a Segunda Guerra, com Estado providência, que articula seguro e assistência; o **modelo brasileiro**, modelo de seguro na previdência e assistência, não contributivo, no sistema público de saúde e assistência social.

liberdade e essa igualdade de todos são formalidades, algo que se insere na Lei, mas não se operacionaliza na prática.

Assim, no que se refere à questão social após a globalização financeira e o desenvolvimento tecnológico, não há novidade, pois isso não indica nem o fim das classes nem o fim das lutas, traços que caracterizam a gênese da questão social na industrialização. Trata-se de um processo dialético de conservação e superação, de continuidade e renovação.

Nesse ponto, a autora colabora com a discussão presente nesta dissertação, pois afirma que “[...] é necessário questionar a divisão que se realiza entre a antiga e nova questão social”, uma cisão que produz uma ruptura no tempo e conduz à cristalização e naturalização das categorias e da realidade. Essa separação leva à exaltação do “novo” em oposição ao “antigo”, uma dualidade que, mais tarde, será explicada neste estudo. Ainda assevera que importa discutir o novo considerando aquilo que o antecede, em uma relação dinâmica e histórica entre passado presente e presente passado. Então, o necessário não é escrever a história da questão social, mas pensá-la historicamente.

No âmbito dos sujeitos que vivenciam as consequências desses fatos, Di Flora (1987) afirma que algumas visões teóricas colaboram para a culpabilização dos sujeitos pela sua condição social de pobreza e miséria, que até o momento vem sendo mostrada como fruto de um desenvolvimento econômico e social que se expressa enquanto questão social. Um desses autores é Durkheim (1987), que traz, em sua obra, uma análise das relações sociais que difere da apresentada até agora. Dentro de um determinado contexto histórico, o autor defende o princípio da integração, que se caracteriza pela noção de solidariedade: uma articulação orgânica e funcional dos elementos formadores dos elementos do sistema social. Os miseráveis, os mendigos, ou as pessoas em situação de rua, por exemplo, segundo essa interpretação, estariam em processo de anomia ou desvio social, como se a carência de regulamentação social impedisse a articulação das funções. A pobreza seria ou se caracterizaria como uma patologia social e não como diferenças de classe que exerce uma influência no seio da consciência individual, possibilitando o aparecimento do comportamento desviante. Uma doença da sociedade, que produz uma patologia no indivíduo. A personalidade torna-se doente como consequência da anomia da divisão do trabalho.

Durkheim (1987, p.40), dentro de uma visão mais conservadora das relações sociais, diferentemente da análise marxista, exclui o conflito e a competição, causadores das superações, exclui todo o processo de acumulação do capital e a mão de obra sobrando necessária e inerente a ele e os explica, quando surgem, como produtos da ausência de normas adequadas à promoção da integração social. A política, nessa visão, é apenas uma questão de “trabalhar com contínua perseverança para manter o estado normal ou restabelecê-lo se for ameaçado e redescobrir suas condições de mudar”. Considera o comportamento desviante, como, por exemplo, o daqueles que não integram a sociedade, como algo cuja principal função é mexer com a coesão social, e não manter a vitalidade integral da consciência coletiva.

A partir desse ponto de vista, o mendigo<sup>8</sup>, denominação dada a pessoas em situação de rua em determinada época de expansão do capitalismo, estaria enquadrado como um fenômeno mórbido, já que seu modo de vida e suas condições de auto reprodução escapam àquilo que se poderia chamar de condições normais de existência. Seus atos ofendem a sociedade e contribuem para abalar a coesão social. É importante, então, puni-los e reintegrá-los aos padrões de normalidade: trabalho, moradia, vestuário, lazer, religião, etc. Essa visão teórica não constrói suas análises no pilar fundamental da sociedade de classes – a desigualdade que lhe é inerente e que exprime a questão social, enquanto ela existir.

Caudatários de uma visão conservadora da pobreza, autores como Tocqueville e Georg Simmel trazem também uma visão diferente de Karl Marx, pois não buscam entender o paradoxo do empobrecimento de trabalhadores livres na ordem capitalista como demonstrado anteriormente. Com outra visão, trazem seu entendimento da questão social numa perspectiva liberal em torno do direito e da emancipação dos indivíduos como membros de uma coletividade política. Para Tocqueville (1853), a questão se refere à vigência de direitos de igualdade na democracia, afirma que o direito dos pobres a um salário concedido pela caridade pública pode levar à desqualificação social desses indivíduos. Para o teórico, a

---

<sup>8</sup> Segundo Prates (2002, p.4), mendigos são aqueles que praticam a mendicância, que esmolam em sinaleiras, nas ruas, na porta de prédios públicos. Muitos dos sujeitos que habitam as ruas não praticam a mendicância.



caridade deve ser objeto exclusivo da ação de setores privados, e não responsabilidade pública.

Georg Simmel (1907) retoma essas questões, século depois e propõe uma análise sociológica sobre a posição dos pobres na sociedade moderna, definida com base na intersubjetividade da diferenciação entre assistência pública ou privada. Discute relações complexas entre o indivíduo e o coletivo, retomando, por fim, a dimensão da cidadania dos pobres como condição de pertencimento e as contradições entre princípios da indução moral da caridade (tradicionais) e as tensões no Estado moderno.

Tocqueville propõe uma interpretação original para a questão do pauperismo em uma perspectiva comparada, segundo estágios diferentes de desenvolvimento dos países. Trazendo a análise da relação centro–periferia, afirma que os homens têm uma tendência material à ociosidade, e apenas dois motivos induzem ao trabalho: a necessidade de sobrevivência ou o desejo de melhorar suas condições de vida. A análise conservadora e funcionalista do autor retira dos sujeitos todo o elemento criativo e necessário que o trabalho imprime, bem como esvazia do contexto de análise a própria sociedade como produto da ação transformadora do homem, defendida pela sociologia crítica.

Tocqueville retoma a questão a respeito de “para quem” se dirige a assistência: aos “bons”, ou maus pobres dignos da assistência (incitados a buscar trabalho e a mobilidade social), ou aos “maus pobres” (estagnados, ociosos, que sobrevivem de mínimos necessários, geralmente vadios).

O autor associa o direito concedido pela coletividade ao pobre a uma identidade social “desqualificada ou negativa”. Porém Panyan (2005) destaca que o autor traz o caráter imperfeito, perverso e polêmico da assistência aos pobres.

A visão desses autores traz à tona a discussão de algumas categorias teóricas que conformam o contexto de pobreza extrema e interferem na forma como os sujeitos em situação de extrema pobreza são entendidos.

### **2.1.1 Exclusão social: marginalidade, desfiliação, desqualificação social ou inclusão precária?**

Quanto às várias formas de explicar a exclusão social, Martins (2002), parte de uma análise crítica e questiona a insuficiência da teoria das classes

sociais no confronto com as novas características atuais, que segundo ele, é um dos fatores que justificam o apelo de definição de classe como marginalidade.

Assim, as várias visões teóricas que foram apresentadas no capítulo anterior justificam a situação de pobreza extrema por enfoques diferentes e a partir de categorias teóricas que carregam visões críticas ou conservadoras, ao analisar problemas sociais como a pobreza e a situação de rua.

A categoria marginalidade, por exemplo, tem sido usada frequentemente para definir a posição de parcela da população que vivencia a pobreza extrema. Esse termo surgiu entre os anos 1920 e 1930, ressaltando uma oposição ao que seria “normal” ou “central” em uma determinada sociedade, o que depende de uma noção de igualdade, ou seja, ela exprime o conteúdo das teorias conservadoras de Durkeim, Tocqueville e Simmel. Ela é usada para denominar grupos, evocar a oposição entre centro e periferia e revela uma determinada posição na estrutura social que compreende valores, comportamentos e posição no sistema produtivo, isso se aplica tanto a sujeitos como a países e cidades.

A partir dessa categoria, a análise parte sempre daquele que está no centro, a exemplo do trabalhador formal, ou integrado, sempre em contraposição àqueles que estão na margem ou marginalizados, a exemplo de pessoas em situação de rua, é um termo empregado para denominar aqueles que não estavam inseridos ou integrados, sendo também sinônimo de vagabundo, perigoso, indolente, vinculado a drogas ou à prostituição, remete à classificação dos pobres como “classes perigosas” (SCOREL, 1998 *apud* PERLMAN, 1977, p.20). Ou seja, a expressão *marginalidade* tem, em seu conteúdo, um sentido de desvio, e seu uso é defendido por autores conservadores como já mencionado acima.

Relaciona-se também à concepção de “estrangeiro”, desenvolvida por Georg Simmel. A sociologia do desvio, da “Escola de Chicago”, se interessou pelo homem e pelos grupos que viviam à margem da sociedade (SCOREL 1998 *apud* FASSIN, 1996, p.21). Prioriza representações e comportamentos dos sujeitos e isso se expande para a noção de marginalidade, pois se relaciona à acumulação de um capitalismo dependente. Na América Latina, a abordagem da marginalidade oscilou entre correntes teóricas funcionalistas, que sustentam ter a

estrutura social valores e normas, privilegiando a integração social no plano pessoal e a de desajuste e, no plano macrossocial, o termo é visto como dualidade estrutural, e, nesse sentido, o marginal está em oposição ao integrado. Desajuste e desintegração introduzem a ideia de “defasagem” (ESCOREL, 1998 *apud* KOWARICK, 1985, p.22). Então o trabalhador formal estaria inserido e integrado e a massa sobrando, dentre elas as pessoas em situação de rua, seriam marginais.

Autores como Castel e Paugam (2003) se reportam a processos que denominam de exclusão, desfiliação e desqualificação social, esses conceitos, em casos extremos, traduzem um afastamento do mundo do trabalho, a perda de vínculos, da proteção da família e da comunidade, bem como a permanência na rua. Diferentemente do que é defendido na análise marxista, não se identificam as contradições que emerge da consciência de classe. Porém os autores trazem contribuições fundamentais nesta discussão.

A partir do que se apresentou até agora é preciso que se tenha clareza do tipo de opressão que se denuncia, esta é advinda do processo de acumulação e pobreza extrema, porém para isso é necessário compreender suas origens, seus modos de manifestação. Segundo Martins (2002), os processos atuais não ganham explicações satisfatórias somente na teoria das classes sociais, mas, sobretudo nas populações dependentes, trabalhadoras e pobres. Neste sentido, surgem várias análises de como a exclusão se apresenta em determinados grupos, uma delas é a desfiliação.

Castel (1997) interpreta desfiliação social, como o modo de existência de certos grupos ou de indivíduos rejeitados do circuito comum das relações sociais como indigentes drop out, sem domicílio fixo, toxicômanos, jovens à deriva em subúrbios, deserdados, ex-pacientes psiquiátricos ou ex-delinquentes saídos de instituições, etc. Considera o processo de marginalização como uma forma de compreender a situação desses indivíduos.

Para o autor, a exclusão é um processo de desfiliação, fragilização e ruptura de vínculos sociais com o mundo do trabalho, constituindo zonas de exclusão. Nessa análise, o processo de desfiliação ocorre quando a precariedade econômica se torna privação, fragilidade relacional e isolamento.

Castel (1997) busca apresentar o processo de desfiliação com um método que ele chama de transversal, para entender as populações marginalizadas, a exemplo de pessoas em situação de rua:

Sem pretender propor uma terceira via distinta das abordagens economicista e técnico-clínica que acabamos de ver, eu gostaria de defender um enfoque transversal para estas populações, perguntando-me o que elas têm em comum que não seja somente o seu nível muito baixo de renda, ou tal deficiência pessoal qualquer. Parece-me que este deslocamento da questão pode suscitar formas de responsabilidades igualmente transversais em relação a estas populações marginalizadas (p.23).

Assim, o autor propõe a análise a partir das quatro zonas da desfiliação, que ele expressa como situação marginal que aparece após o duplo processo de duplo desligamento em relação ao trabalho e à inserção relacional.

Ele subdivide o processo de trabalho na sociedade em trabalho estável, trabalho precário e não trabalho; já o processo relacional ele subdivide em inserção relacional forte, fragilidade relacional e isolamento social. A partir desse esquema, o autor identifica a formação de duas zonas: a primeira é a zona de integração, quando o indivíduo está no trabalho estável e tem forte inserção relacional; a zona de vulnerabilidade, onde existe o trabalho precário e fragilidade de apoios relacionais; e uma terceira zona que o autor denomina de zona da marginalidade ou desfiliação. Essa última mostra o processo de desligamento, quando não há trabalho e ocorre o isolamento relacional.

Na análise de Castel (1997), a pobreza não é decisiva nem determinante para o processo de desfiliação, pois as zonas são diferentes de forma qualitativa, ou seja, apesar de serem caracterizadas pela pobreza, existem diferenças na forma de integração dessa pobreza. Ele menciona:

[...] sem negar a importância decisiva do fator pobreza, ele não é exclusivamente determinante. Ao menos três situações se apresentam como qualitativamente diferentes, apesar de todas elas serem caracterizadas pela pobreza: a pobreza integrada, que é uma pobreza trabalhadora; a indigência integrada, que depende das ações de socorro ligada à inserção comunitária; a indigência desfilhada, marginalizada ou excluída, que não encontra um lugar nem na ordem do trabalho, nem na ordem comunitária (p.13).

O autor chama a atenção para o fato de que existe uma relação dinâmica entre as zonas, podendo o sujeito transitar entre elas a depender do fator trabalho e

relacional, correndo o risco de cair na última zona, a de marginalidade ou desfiliação. Para ele, a vulnerabilidade é o fator decisivo dessa mobilidade entre as zonas.

Analisando o contexto francês e sua conjuntura atual, o autor reconhece a necessidade de se analisar a situação de exclusão total, mas também as situações intermediárias, pois reconhece que os mais desvalidos se ligam a grupos mais amplos e que, antes de serem excluídos, são ameaçados, podendo haver, assim, medidas preventivas desse processo.

[...] o mérito de convidar a pensar sobre situações intermediárias, que são também situações mistas. Os mais desvalidos em recursos e em apoios sociais ligam-se efetivamente a grupos mais amplos que são ameaçados antes de serem destituídos. Existe, assim, um processo decrescente, que vai da integração à desfiliação, passando pela vulnerabilidade. Inversamente, podemos conceber a inserção como uma estratégia de refazer esse caminho ao contrário, reconstruindo os apoios ao mesmo tempo relacionais e ocupacionais para arrancar da exclusão aqueles que, progressivamente ou bruscamente, desligaram-se. A possibilidade desse duplo movimento sugere que a exclusão não é um destino. São possíveis intervenções na perspectiva preventiva, de um lado, para consolidar a zona de vulnerabilidade e tentar evitar a queda na marginalidade, e, de outro lado, na zona da desfiliação, para tentar evitar uma instalação nesse campo, transformando as dificuldades de inserção em exclusão definitiva. (CASTEL, 1997, p.16)

No entanto a sociologia crítica, fundamentada na visão de Pimentel (2007, p.514), contrapõe a forma como Castel desenvolve sobre o não trabalho ou desemprego, Castel afirma que o desemprego é “a forma mais visível de uma transformação mais profunda da conjuntura do emprego”. Segundo Pimentel (2007), na análise do autor, o desemprego é limitado á aparência do real, pois é através da análise da precarização do trabalho, que pode- se compreender os mecanismos que alimentam a vulnerabilidade da massa, produzindo ao final o desemprego e a desfiliação. Marx (1985, p.711) analisa que o trabalho e o não trabalho no caso do desemprego, fazem parte do capital, que “não é uma simples relação, mas um processo, em cujos vários momentos é sempre capital”.

Outra forma de entender a exclusão social é analisá-la como um processo de **desqualificação social**, ou a existência de camadas da população em situação de pobreza extrema e de desigualdade social, segundo a análise de Paugam (2003), principal autor dessa categoria, o termo desqualificação social é um processo social originado da precarização dos vínculos com o mundo do trabalho e o

enfraquecimento dos vínculos familiares. Este enfraquecimento trata-se de um processo de dessocialização que envolve transformações nas condições de vida e identidade, em que os sujeitos estabelecem relações específicas com os serviços socioassistenciais. Nessa análise, as pessoas em situação de rua, apresentam fragilidades nas suas relações de trabalho e familiares. O autor trabalha com a noção de trajetória, que permite apreender o percurso temporal dos indivíduos, com o conceito de identidade, positiva ou negativa, de crise e de construção dessa identidade e, por fim, do aspecto da territorialidade, ou seja, a base espacial que abriga processos excludentes. Do mesmo modo, buscando destacar o caráter processual implícito na noção de desqualificação, enfatiza as fases que a compõem: a fragilidade, a dependência e a ruptura.

A *fragilidade* advém do desemprego, de dificuldades de inserção profissional, da perda de moradia de residência em bairros apartados e desqualificados. Nesse processo, os sujeitos experimentam a sensação de humilhação e inferioridade, porém nessa fase, os indivíduos consideram que ainda têm chances de reinserção laboral, procuram empregos sozinhos e se posicionam entre recorrer a estratégias de sobrevivência, com trabalho digno, mesmo que informal, ou à assistência social, o que consideram depreciativo. O autor analisa que, quando essa fase é prolongada, reforça-se o hábito de frequentar essas instituições assistenciais.

Outra fase é a de *dependência*, que marca a passagem de trabalhador para assistido. Esse é um estatuto de integração perverso e socialmente desvalorizado, que permite apenas evitar a miséria extrema. Existe um aprendizado do papel de assistido, com a aquisição de hábitos de frequentar serviços.

Uma terceira fase é a de *ruptura*. Nessa fase do processo de desqualificação social, produto da acumulação de deficiências e fracassos, ocorre o distanciamento do mercado de trabalho, a ausência de saúde, moradia, contatos familiares. As pessoas perdem a perspectiva de futuro, o sentido de vida, e não se socializam, adotando uma postura agressiva. Sentem-se ameaçadas, reprovadas, observadas, em oposição aos trabalhadores sociais, ocorrendo uma reviravolta simbólica de estigmatização. Nessa fase, muitos fatores as acometem, como alcoolismo, transtornos etc.

Como dito, as categorias marginalidade, desfiliação e desqualificação tentam explicar as várias formas de exclusão social.

O termo **exclusão social**, surgiu na França, entre a década de 70 e meados de 80, com a mudança e o acirramento da desigualdade, que deram margem para a discussão sobre a nova pobreza ou nova questão social, defendidas por Castel e Paugam.

Segundo Martins (2002, p.11), não se deve temer a reflexão crítica que questiona o rudimentar recurso de classificar grupos e pessoas como excluídos ou incluídos, necessita-se é entender esta categoria fora do “simplismo” e considerar a totalidade contraditória do processo social e histórico.

Martins (2002, p.30) afirma que “excluído” é somente um “rótulo abstrato”, destacando que o conceito de operário está embutido no conceito de classe social, porém o de excluído é um conceito contrário ao de operário. Assevera que existe um discurso da exclusão socialmente crítico, embora não anticapitalista.

O autor defende o conceito de **inclusão precária** e informa que o discurso sobre a exclusão, vem dos socialmente integrados, daqueles que aderiram ao sistema, tanto economicamente, quanto aos seus valores correspondentes. Retoma a discussão sobre a razão dualista ao apresentar a visão conservadora sobre a marginalidade. O autor discorre que o discurso da exclusão traz com ele duas orientações opostas, uma transformadora e outra conservadora, a transformadora vem dos discursos dos agentes de pastoral, partidos políticos e discurso acadêmico, nesses discursos o excluído se aplica a classe operária ou vítima da cumulação capitalista, carrega consigo “uma possibilidade histórica e de redenção dos pobres”, ou seja, esta classe personifica a contradição existente entre o caráter social da produção e a apropriação privada da riqueza social. A vertente transformadora solicita que essas relações sociais e a mentalidade que a acompanha, sejam transformadas.

Na análise acima, a possibilidade de transformação está na condição operária, pois ela está incluída, é ela que produz e se reproduz e alimenta o processo de reprodução ampliada do capital, porém se apropriando desigualmente da riqueza criada. E nesse ponto, o autor busca demonstrar que também “aqueles que estão no abismo” são portadores de transformação social, faz a crítica a teoria clássica da transformação e afirma que nesta, aqueles que não estão incluídos não são portadores de transformação ou “protagonistas das virtualidades de transformação” (p.32). Assim o lumpen e o desempregado, apareceriam como obstáculo para a

transformação, por não terem condições de interferir ativamente na realidade social que os oprime.

Martins (2002, p.32) avança neste ponto e afirma que a preocupação dos estudiosos clássicos com a questão da inclusão não é recente, remete ao século XIX, pois desde este período foi crescendo o interesse pela inclusão e não com a exclusão do lumpen, justifica que isso foi ocorrendo devido ao próprio crescimento do lumpen, que segundo o autor, era “propriamente os pobres, os não operários”. Avalia que nos anos sessenta os pobres começaram a ser tratados como marginalizados sociais, com possibilidades limitadas no mercado e no caráter contratual contemporâneo. O aumento dessa população na América Latina chamou a atenção dos cientistas sociais, seu caráter anômalo e sua relação com o desenvolvimento econômico e os graves problemas sociais que estes acarretavam, passou a demonstrar uma dicotomia clara entre desenvolvimento econômico e social. Assim pondera-se que a concepção de exclusão que está enraizada no contexto brasileiro, fazendo emergir o debate sobre a marginalidade social, que encobre a concepção de classe e o compromisso que desde os anos sessenta a burguesia nacional firmou com um capitalismo voltado para dentro.

Foram os golpes de Estado de sessenta que firmaram no campo político, o já evidenciado no campo econômico e social, a saber, que não tinham condições de ir à frente com a proposta do capitalismo voltado para dentro, esse descompasso demonstrava a iniquidade do modelo globalizado, nos países pobres. No Brasil, a ditadura possibilitou o processo de acumulação do capital e ajustou o país a uma economia globalizada, sendo as relações sociais e políticas submetidas à lógica do mercado e sua regulação, onde a família precisava empregar mais de um membro para se sustentar, com uma clara desvalorização do trabalho. Um conjunto de fatores econômicos, políticos que engendraram a transformação da classe trabalhadora em excluído.

A partir do contexto acima, emerge a segunda orientação que o autor menciona para demonstrar a gênese histórica da denominação de exclusão, a orientação conservadora, esta dilui a identidade do trabalhador em excluído e amplia a categoria marginalização ou marginalizados, transmuta a figura do trabalhador em excluído, porque o trabalhador perde a sua visibilidade como tal. No entanto, as figuras que atormentam a classe média, que tanto proclama o discurso da exclusão, estão nas ruas, nas favelas, invasões e cortiços, nos bairros miseráveis, estes, são



produzidos pelo desenvolvimento econômico e a esses não se aplica a teoria do protagonismo histórico da classe operária, pois sua situação social não permite. Martins (2002) ainda defende que estes (mendigo, crianças em situação de rua, desempregado, trabalhador precários etc.) são apenas trabalhadores em potencial, chegam a ser trabalhadores secundários, irrelevantes na produção, e por isso excluídos da possibilidade de participação social. Não podem fazer greve, recusar trabalho.

O autor ainda garante que, este discurso também é reforçado pelos “ditos excluídos”, pois seus protestos podem, neste contexto, se encaminhar para formas degradadas de participação, de inclusão precárias, onde o consumidor, essencial para a produção ampliada, se afirma para eles, seja por meios lícitos ou não, imbuídos dos valores do mundo do “ter e parecer” (p.39). Diferenciam-se no ponto que ao afirmarem os valores desta sociedade, negam os meios que para eles são inacessíveis, usam assim meios ilícitos, transgressivos de participação social, assim Martins (2002, p.41) afirma que ocorre: “Uma deterioração de valores éticos, que deveriam permear as relações sociais que daí resultam, estas já produzem seus desastrosos efeitos na socialização anômica das novas gerações, como também na vivência cotidiana atravessada pela violência”.

Vê-se então a implantação do problema, onde a sociedade proclama o direito de decidir a forma de integração social e da participação social das populações seriamente vitimadas por situações de anomia, que opõe os que querem ajudar de um lado e o excluído do outro e o Estado no jogo de cercear e orientar a sociedade, camuflando interesses hegemônicos. Martins (2002) considera a designação “excluído”, frágil, pois nega a história e a práxis, não traz à vítima a possibilidade de construção da sua história, a partir de sua própria vivência e traz o parâmetro privilegiado de outro sobre si.

Assim, o autor afirma que na atualidade surge uma nova excludência, aquela que demora para incluir as pessoas que estão excluídas, criando uma sociedade altamente polarizada entre os muito incluídos e aqueles submetidos a permanentes insuficiências, carências, privações, materiais e não materiais. O autor ainda menciona uma nova estamentalização, onde as diferenças sociais atuais não se baseiam nas diferenças de riqueza, mas na qualidade social das pessoas (próprio da sociedade estamental). A partir dessa análise, como já afirmado, operário está incluído, pois ele produz e se reproduz no processo da riqueza e reprodução

ampliada do capital, mas também se apropria desigualmente da riqueza. Assim as categorias *excluídos* e *exclusão* são, na visão do autor, conservadoras, pois não tocam na contradição, apenas a “lamentam” (MARTINS, 2002, p.35).

Oliveira (2001) afirma que essas análises advêm da dualidade requerida no conceito de marginalidade e faz a crítica à razão dualista, já apresentada neste trabalho, que penetrou as ciências sociais, pondera que:

A dualidade reconciliava o suposto rigor científico das análises com a consciência moral, levando a proposições reformistas. A tentação dualista, mantendo, como eixos centrais da interpretação, categorias como "sistema econômico", "modo de produção", "classes sociais", "exploração", "caudatárias; "sociedade moderna"—"sociedade tradicional", por exemplo, é um binômio que, deitando raízes no modelo dualista, conduziu boa parte dos esforços na Sociologia e "dominação". (p.6)

O autor analisa que, nesses discursos, está o conceito do subdesenvolvimento como uma formação histórico-econômica singular, constituída de modo polarizado em torno da oposição formal entre um setor "atrasado" e um setor "moderno", não se sustentando como singularidade. Esse tipo de dualidade é encontrável em quase todos os sistemas, e em quase todos os períodos.

Martins (2002) assevera que a sociedade alternativa, proclamada por ideólogos, nada tem de alternativa, e todo protesto social e político em nome desses excluídos é feito com um discurso que cobra providências políticas para sua integração na própria sociedade que os exclui. Assim, as reivindicações são por habitação, saúde, emprego, tudo que produz e conforma a sociedade atual. Esta dissertação coaduna com a análise do autor, quando afirma que, nesse discurso empreendido pela razão dualista, os excluídos não são vistos como parte da contradição constitutiva da condição de trabalhador desempregado, mas como produto dela. O autor ainda considera que esse trabalhador não tem, em seu nível de vida, condição de ter acesso às possibilidades desse sistema econômico. É a classe média, como já dito, que fala de exclusão, não os excluídos e propõe uma sociologia aplicada, onde seja dada voz a eles, que a real exclusão seja proclamada por eles.

A sociedade e seus mecanismos acadêmicos, institucionais, não pode falar por eles, ela mesmo cria formas desumanas de participação, pois viabiliza privilégios e não efetivamente os direitos que conclama.

Balsa (2006), ao discutir conceitos e dimensões da pobreza e da exclusão social, colabora para explicitar o significado do termo exclusão desenvolvido por Martins e defendido por esta dissertação. Discute, em sua obra, que os conceitos de pobreza e exclusão verdadeiramente não traduzem a mesma realidade, nem são do mesmo estatuto teórico. Afirma, também, que existe uma relação entre essas categorias e algumas teorias como a *teoria da integração* de Durkheim, já mencionada neste trabalho e afirma que esta categoria tenta responder a duas questões – se o sistema está integrado e se os indivíduos estão integrados –, estudando a correspondência entre elas, ou seja, por um lado, as posições dos sujeitos ou de grupos de sujeitos e, por outro, as opiniões e condutas dos sujeitos individuais. No sentido de sistema de sujeitos integrados. Supõe-se que essa correspondência seja perfeita nas sociedades tradicionais, ou seja, elas seriam perfeitamente integradas e discute que a modernidade, com o individualismo, fruto da sociedade neoliberal, afrouxa esses laços de integração. A cidade e o estrangeiro seriam o símbolo dessa modernidade, ou seja, a modernidade separou o sistema do mundo vivido, gerando, assim, sociedades pouco integradas.

A sociologia da integração social que diverge da sociologia crítica, defendida nesta dissertação desenvolve o conceito de “desorganização social” e, vinte anos depois, define a anomia como contradição entre valores de igualdade democrática e uma estrutura social desigual. Bourdieu (1992) renova esse tipo de análise, considerando que a miséria do mundo provém de um desajuste entre os interesses dos *habitus* (subjetivos) e as posições sociais (objetivas). Ou seja, a desigualdade e os riscos são crescentes em todo o mundo, trazidos pelos migrantes que buscam os países ricos. Afirma, inclusive, que esse entendimento transcende a questão teórica e tem rebatimento na realidade a ser analisada.

Neste trabalho, busca-se entender a exclusão como uma expropriação de parcela da população do processo produtivo, um processo inerente ao modo de produção capitalista, que continuamente separa parcela da população das relações de trabalho e dos meios de subsistência, com formas e configurações próprias em cada sociedade. Tal processo tem sua centralidade no trabalho e na posição de classe dos sujeitos como um dos elementos centrais. Assim, entender a exclusão social de determinada parcela da população é afirmar que essa exclusão se apresenta como manifestação da questão social, tendo como causa a lei geral de

acumulação que se reflete nos sujeitos que a vivenciam indivíduos e grupos e na forma como eles são vistos pela sociedade, pela família e pelo Estado.

Trata-se de entender essa exclusão como processo que faz parte de uma precarização das relações sociais e que pode incidir nos sujeitos bem antes de eles irem para rua.

Martins (2002) demonstra que a exclusão é muito mais um desafio a compreensão, do que um diagnóstico sólido que requer conhecimento das contradições da sociedade atual e é ponto de partida para a reflexão crítica e propõe, como já dito, uma sociologia aplicada, onde a explicitação por exemplo de estar em situação de rua venha dos próprios sujeitos que vivenciam.

Para o autor, é característica dessa sociedade o desenraizamento, que se revela num processo de exclusão dos indivíduos em relação àquilo que eles eram antes e que costumam ser, ou seja, em relação aos lugares que já ocupavam e aos papéis que desempenhavam na sociedade. Na sua ótica, a lógica capitalista precisa transformar cada indivíduo em membro da sociedade e faz isso de duas formas: como produtor ou consumidor de mercadorias. Dessa maneira, o que deve ser analisado é a forma de inclusão na sociedade. A esse processo, o autor dá o nome de *inclusão precária ou marginal*. Ou seja, a sociedade inclui, mas não inclui a todos, por que se assim fosse eliminaria as bases de sua sustentação, que é a mais valia. Essa inclusão, no entanto, não chega a eliminar a desigualdade original, mas concede certos direitos que a depender do nível de resistência, organização política e consciência de classe, daqueles que são pouco incluídos, esses direitos podem se alargar ou reduzir.

A partir do processo de inclusão precária, defendido por Martins (2002) e aceito nesta dissertação, pode-se analisar os conceitos de pessoas em situação de rua, os atores principais deste trabalho e parcela da população que vivencia a pobreza extrema que se quer analisar:

Essas denominações são construídas historicamente e refletem a conjuntura em que são produzidas. Plenas de significado, ora revelam preconceitos vigentes na sociedade, ora a tentativa da construção de conceitos pelas ciências humanas, que buscam compreender o modo de vida singular dos que usam a rua para morar e sobreviver. (ROSA, 1995, p.11).

### 2.1.2 Pessoas em situação de rua: quem são?

Sobre as pessoas em situação de rua, verifica-se que as categorias teóricas apresentadas anteriormente se refletem nos conceitos, e eles se alteram pela relação com a rua, pela permanência e pelas formas de trabalho desenvolvidas na rua.

Di Flora (1987), ao analisar as instituições de caridade na década de 1990 em São Paulo, verificou que, nesse período, as características dessa população giravam em torno da mendicância, ou seja, do “pedir”, o que certamente era uma estratégia de sobrevivência para essas pessoas. Para a autora, faz-se necessário considerar a categoria trabalho como ponto central para entendimento das condições de vida e saúde desse público.

A autora afirma que a existência dessas pessoas nos espaços públicos e no discurso social, relaciona-se à mendicância:

[...] não trabalho (mendicância). Por outro lado, o trabalho condiciona-se ao processo de acumulação do capital nestas regiões periféricas. O modo pelo qual se processa esta acumulação desencadeia as diferentes formas de trabalho (assalariado e autônomo) e do não trabalho (mendicância). Aqueles que, por um motivo ou outro, não conseguem se inserir nas formas de atividades referidas veem-se obrigados a pedir para se auto reproduzirem (DI FLORA, 1987, p.51).

O trabalho de pesquisa da autora identifica que, no período de 1960 a 1970, no contexto de São Paulo, esse era o perfil das pessoas em situação de rua e sua forma de sobrevivência se davam através da mendicância ou do “pedir”.

Pode-se inferir que a formação da mendicância como uma forma alternativa de vida, mas revela as contradições da ideologia liberal, defendida pela sociedade capitalista, que, ideologicamente, se diz livre e proporcionadora de igualdade. Nesse contexto, a autora avalia que a presença da miséria, da pobreza, e a existência do mendigo provocavam a emergência das contradições advindas das relações de produção e da forma como se dá a divisão do trabalho. Na sua obra, ela avalia que esse sujeito é rotulado de anormal ou desviante, baseado em uma visão conservadora, pois sua prática contraria os pressupostos éticos da sociedade, cujo estilo de dignidade humana é expresso pelo trabalho, forma legítima de manutenção da vida.

Segundo Di Flora (1987, p.16), também ao analisar a relação entre economia e existência social de sujeitos em situação de rua, o rumo que tomou a economia brasileira, desde sua industrialização, foi excludente de mão de obra, o que provocou a retração da demanda de força de trabalho (fenômeno agravado pela liberação da força de trabalho do campo). Como consequência, ao lado da acumulação, o aumento da miséria e da população mendiga se fazem sentir. A autora afirma que, enquanto podem, os indivíduos se refugiam no trabalho volante, engrossando as fileiras do desemprego disfarçado, ou vivem à custa de parentes ou amigos.

A própria dinâmica do capitalismo brasileiro, que envolve momentos de expansão e retração, favorece o aumento da miséria e da população mendiga, que, excluída das formas de trabalho existentes, se vê obrigada a mendigar para se auto reproduzir.

Os estudos de Bursztyn (1997, p.11), realizados na década de 1990, demonstram a existência dessa população ou o aumento do seu contingente, no contexto histórico de formação de Brasília, na década de 1950 a 1960, identificando a existência de centenas de trabalhadores migrantes, que ele denomina de nômades, perambulando por estradas, entre ruas, cidades e mesmo continentes. Verifica-se que a conceituação do autor se refere à situação de deslocamento dessas pessoas naquele momento histórico. Ainda destaca que a existência dessas pessoas, neste período, constitui nesse período, um símbolo da modernização civilizatória e reconhece que, naquele período, havia um número muito maior de nômades que há cem séculos, quando o homem começou sua marcha para a civilização. O autor defende que, no contexto de Brasília, na década de 1990, esse fenômeno poderia ser amenizado com a implantação de programas assistenciais na cidade de origem dos migrantes, o que, na sua análise poderia acarretar uma “desmigração”.

O aumento de sujeitos nas ruas, especialmente no período de industrialização e expansão territorial, não ocorre só no Brasil, pois países americanos e europeus também vivenciaram esse processo.

Ao analisar o mundo das famílias que se locomoveram para a capital sem um lugar onde ficar.

Contudo, qualquer quadro geral precisa ser visto com cuidado, principalmente quando se trata de um quadro estatístico. Nem todos os quadros ou nuances da

realidade podem ser retratados por estatísticas gerais. A realidade é sempre mais complexa do que os números. No caso brasileiro, isso se torna mais do que evidente. O Brasil é, definitivamente, o país dos contrastes.

Bursztyn (1997, p.13) avalia que, à medida que o *migrante excluído* vai se tornando *população de rua*, começa a perceber que a cidade possui entranhas, cuja penetração o coloca bem mais próxima de seu “mercado de trabalho”. A cidade é como que envolta em diferentes camadas de obstáculos, muros invisíveis que impedem sua entrada imediata. Na visão do autor, só após certo período é que ele descobre a existência de poros, de caminhos que levam às áreas centrais da cidade. Ainda afirma que, uma vez ingressado no mundo da *Brasília capital*, o migrante vai ser protagonista de um curioso e perverso fenômeno: o da convivência, no mesmo espaço e tempo, com outra população, aquela que pertence ao universo formal e institucionalizado da cidade. São dois mundos bem diferentes, que possuem interfaces e se percebem reciprocamente de forma muito particular: uns como objeto de geração de sustento; outros, como almas penadas, perambulam pelas ruas, confundindo-se com o lixo ou com diversas formas de ameaça à segurança. Nota-se que na visão do autor, não se percebe a identificação do migrante, seu papel no processo de trabalho na construção de Brasília, enquanto exército industrial de reserva necessário. Na sua análise, não se reconhece que o momento era de expansão do capital e impulsionava esse desenraizamento, principal característica da situação de rua naquele momento.

O autor discorre que a precária situação financeira dos sujeitos, aliada à falta de informações, os tornam tímidos diante da grandiosidade e do desconhecimento desse novo e aparentemente impenetrável mundo. A longa e difícil viagem de acesso à capital acaba se tornando mais curta e menos difícil, diante da inibidora imponência da entrada no cotidiano de Brasília.

Assim, permanecem por dias ou semanas na beira das estradas, alojando-se como podem sob pontes, viadutos, ou simplesmente embaixo de uma árvore, em barracas de plástico ou de papelão.

O autor apresenta, então, como se dá a trajetória da rua e como ela passa a fazer parte da vida dos sujeitos. Informa que é perambulando pelas ruas que eles descobrem que é capaz de circular no mundo, o mundo das ruas, embora a ele não pertençam. Descobrem também que aquilo que não serve mais aos habitantes desse mundo pode lhe ser de grande valia, o lixo da cidade. Segundo o autor, o lixo

constitui o primeiro elo estrutural que une esses migrantes à vida do Distrito Federal, no contexto dos anos 1990.

Na metamorfose que a rua imprime à vida desses sujeitos, eles agregam a condição de meros pedintes à de catadores, do simples extrativismo de subsistência imediata à condição de extrativistas para o mercado. E é justamente nesse ponto que se integram, ainda que indiretamente, à economia de Brasília. Ao coletarem vidros, plásticos, latas e papel, estão acumulando matéria-prima para as indústrias que lidam com reciclagem de materiais. E, dessa forma, estabelecem relações econômicas com os compradores de tais produtos, pois recebe, em troca, uma renda que está associada à escala do que conseguem estocar.

Os migrantes recentes, que viviam de catar materiais recicláveis e realizavam pequenos serviços em Brasília, um exemplo típico e histórico dessa inclusão precária estava relacionado ao processo de migração e construção de Brasília. Eles estavam em uma cidade símbolo de oportunidades e da modernização brasileira, e na visão do autor sua condição, absolutamente não moderna, incomodava outras classes sociais e representava a situação dos deserdados do progresso. Vê-se, assim, que a situação de rua, no Brasil, é histórica e está enraizada na formação social brasileira, ligada ao processo de industrialização e modernização e vista dentro de uma perspectiva dualista.

Outra importante contribuição no contexto brasileiro é o estudo de Silva (2009). Nele, a autora analisa as pessoas em situação de rua em um período mais recente, 1990 a 2005, tendo como enfoque o trabalho dessas pessoas. Resgata conceitos recentes desse contingente, utilizados por pesquisas realizadas em São Paulo, Porto Alegre, Belo Horizonte. Quanto aos motivos que levam essas pessoas à situação de rua, a autora defende que são múltiplas determinações, ou seja, há uma multiplicidade de fatores que conduzem a situação de rua. Há *fatores estruturais*, como a ausência de moradia, trabalho, renda, mudanças econômicas, institucionais; *fatores biográficos*, como ruptura de vínculos familiares, doenças mentais, uso de álcool e de outras drogas, infortúnios pessoais diversos; e ainda *fatores naturais*, como terremotos, inundações, enchentes etc.

Essa dissertação coaduna com a análise da autora que tem como centralidade o trabalho dessa população. Apresenta como característica marcante e histórica para se entender esse fenômeno a questão social na atualidade. A população em



situação de rua seria uma expressão radical da questão social, que submete essas pessoas a níveis inimagináveis de degradação humana.

Outro aspecto característico dessa população, segundo a autora, é o fato de se concentrar em grandes centros urbanos. É unânime, entre os autores que se debruçam sobre esse tema, que se trata de um fenômeno que surge nas cidades pré-industriais, mostrando seu caráter urbano. E essa característica não é nova, pois esse fenômeno é tão antigo quanto à própria existência das ruas, no sentido físico da vida urbana, remontando, pelo menos, ao renascimento das cidades, no início do capitalismo (BURSZTYN, 2000, p.19 *apud* SILVA, 2009, p.116). O que se pode perguntar é por que as grandes cidades e seus centros comerciais são os locais de opção dessa população para moradia e sobrevivência.

Ao discorrer sobre as características da situação de rua, Silva (2009 p.119) reforça que, independentemente do momento histórico, o estigma é uma marca que acompanha esse fenômeno, expresso por diversas denominações: mendigos, vagabundos, maloqueiros, desocupados, flagelados, pedintes, toxicômanos, carentes, dentre outras denominações.

Outra característica importante refere-se à particularidade regional do fenômeno. A autora destaca que esse ponto se refere a hábitos, valores e características regionais. Os aspectos culturais e socioeconômicos vão incidir decisivamente no tempo de permanência nas ruas para cada grupo de cada localidade.

Outro aspecto sobre o qual a autora chama a atenção e que caracteriza o fenômeno no Brasil nesse período (1990-2005) é a tendência à sua naturalização, o que leva a população em geral ver essa situação como natural, ou sinônimo da sociedade moderna, esvaziando a situação do seu aspecto político e econômico, na maior parte das vezes culpabilizando o indivíduo pela situação vivenciada.

Schuch (2012) ao discorrer sobre o contexto de Porto Alegre, afirma que a incorporação do universo social da população em situação de rua nos estudos acadêmicos é recente, bem como os diagnósticos para fins de formulação de políticas de atendimento e de inclusão social de pessoas em situação de rua no Brasil. Afirma que se observam resultados positivos desses estudos na formulação de políticas e na criação e na implementação de programas específicos, especialmente no universo infantojuvenil. As informações quantitativas possibilitam avaliar e monitorar a abrangência e as mudanças provocadas pelas ações proativas.

Já as informações qualitativas possibilitam compreender melhor o modo de vida e, portanto, construir estratégias de médio e longo prazo, qualificando profissionais e práticas. Ao analisar o contexto de Porto Alegre na década de 2000, o autor afirma que essas mudanças resultam de três "movimentos" estreitamente vinculados ao processo de produção de conhecimento e à metodologia. Define o Estado como responsável primeiro pela superação das desigualdades e da discriminação social. Aos poucos, é possível conhecer melhor esse universo, bem como viabilizar a apropriação de metodologias geradoras de informações, sistematizações e análises, possibilitando o aperfeiçoamento e o monitoramento de políticas e iniciativas.

Uma das principais dificuldades nesse processo foi à própria definição conceitual de "pessoas em situação de rua", pois, no Brasil, não há unidade conceitual sobre essa problemática que embase os estudos. Isso impossibilitou contagens populacionais precisas. No período de 1990 a 2005, Silva (2009) definiu como pessoas em situação de rua "todas as pessoas que se encontrassem em abrigos e albergues destinados ao acolhimento e/ou ao abrigo temporário, intermitente ou definitivamente, assim como aquelas que se encontrassem em atividades de perambulação / circulação pelas ruas e/ou que dissessem fazer da rua seu local de existência e habitação, mesmo que temporariamente". Não há um perfil único, pois, conforme Silva (2009) existe heterogeneidade, essa característica também interfere na conceituação.

**Heterogeneidade** – as pesquisas demonstram que não há um perfil único, homogêneo para estas pessoas. Bursztyn (2000) fez um estudo em Brasília com 12 grupos em situação de rua criando a seguinte tipologia: catadores de lixo, trabalhadores de rua, albergados, catadores nômades, sem lixo, sem teto, mais ou menos sedentários, sem lixo e sem teto errantes, catadores complementares, andarilhos, pivetes, foras da lei, hippies, pedintes de natal (p.239-245).

Vários estudos reforçam a questão de a situação de rua se apresentar com multifatores casuais. Boris (2003, p.44) também menciona essa consideração e afirma que essa "população não é homogênea", existindo multiplicidade de características pessoais.

Outros autores, como Vieira, Bezerra e Rosa (1994), reforçam a heterogeneidade, mas focam sua análise no tempo de permanência na rua: ficar na rua, estar na rua ou ser da rua.

Schuch (2012) colabora com essa argumentação sobre a utilização da rua, trabalhando três conceitos fundamentais para a ocupação do espaço ou território urbano: "apropriação", "instalação" e "incorporação". Em sua obra, o autor busca um conjunto de algumas experiências sobre população de rua, como já foi dito, trazendo o olhar sobre de Porto Alegre. Discorre sobre conceitos e desafios metodológicos, e analisa dados censitários sobre as dinâmicas de "apropriação", "instalação" e "incorporação", que indicam modos particulares de inserção urbana e constroem o lugar habitado como um território. "Apropriar-se" de alguma coisa, diz o autor, está longe de ser simplesmente tomar como propriedade; é colocar nela sua marca, modelá-la. Em sentido próximo, "instalar-se" pode ser definido como a prática que visa a introduzir, num espaço que se pretende ocupar, as práticas cotidianas, envolvendo os sentidos de adaptação e adequação. A "incorporação" diz respeito às dinâmicas de relacionamento do corpo com o meio ambiente (KASPER, 2006, p.26 *apud* SCHUCH 2012).

Esses três processos de ordenação do espaço e do tempo podem ser aproximados ao que Magni (1994 e 2006), descreveu como dinâmicas fundamentais que recortam a experiência da inerência e não fixação domiciliar: uma relação singular com o espaço, com o corpo e com as coisas. O espaço existencial torna-se, assim, um espaço dinâmico, que abriga existências espaciais e temporais particulares. A rua aparece, nesse sentido, como um espaço de relações sociais e simbólicas, as quais não se reduzem a um significado puramente pragmático de resposta a fins específicos (trabalho, dormitório etc.) ou respondem puramente a necessidades básicas de vida. "Estar" na rua não é apenas uma estratégia de sobrevivência ou moradia, mas um modo específico de se constituir a existência, mediado por sentidos sobre a habitação e pelas tramas de relações que a circunscrevem. Schuch (2012) acrescenta:

Em que pese às variadas definições para o que hoje são chamadas pessoas "em situação de rua", podem-se aqui questionar a centralidade que esse ente – a rua – ocupa na produção de sujeitos definidos a partir de sua classificação nesse segmento populacional. Embora a procura por definições conceituais menos estigmatizantes e abertas à contingência e à heterogeneidade dessa experiência social tenha sido um esforço dos agentes e das instituições implicados na construção e na recepção das políticas de proteção e promoção de direitos, pode-se dizer que a noção de despossessão continua como principal centro agregador da variedade dos sujeitos constituídos em uma "população" (p.18).

Outra característica é a pobreza extrema, já mencionada no início da dissertação e retomada aqui, para explicar os conceitos. A condição de extrema pobreza é uma categoria central que vincula o fenômeno população de rua à estrutura da sociedade, como um fenômeno produzido socialmente no contexto da produção capitalista para atender às necessidades de expansão do capital. Sendo assim, é uma condição vinculada às causas estruturais, como apresentado linhas atrás.

Outras características gerais são relacionadas aos vínculos familiares rompidos e fragilizados. Estudos como o de Silva (2009) mostram que as pessoas em situação de rua têm referência familiar, sabem onde estão e como encontrar seus familiares, mas não os procuram porque os laços de união se encontram fragilizados e (ou) completamente interrompidos. Poucas são as pessoas que se encontram na rua com seus familiares ou que com eles mantêm vínculos. Muitos fatores as levam ao rompimento desses vínculos. Alguns são de ordem econômica, social e cultural, dentre os quais se destacam desemprego, desavenças, preconceitos relacionados à opção sexual, uso de substâncias psicoativas, como álcool e drogas e, em alguns casos, distúrbios mentais.

Outra característica marcante dessa população ressaltada pela autora é a inexistência de moradia convencional regular e a utilização da rua como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente (SILVA, 2009, p.132). Essa característica, segundo a autora, justifica, muitas vezes, a denominação desse fenômeno como “dormir na rua”. Alguns programas, inclusive, consideram como critério de elegibilidade o tempo que as pessoas estão na rua.

Sobre a caracterização desse fenômeno, alguns autores consideram alguns traços, como falta de trabalho regular, uso de drogas, ausência de trabalho e renda regulares. Desse modo, percebe-se que a situação de rua é uma categoria em construção.

Porém, como forma de aproximação do objeto, e conhecê-lo ao longo da história, com suas manifestações, vale trazer alguns conceitos adotados por pesquisas recentes no Brasil.

A de Porto Alegre (1998-1999) considera pessoa em situação de rua:

Aquele segmento da população que vive em situação de extrema pobreza e que, por contingência temporária ou de forma permanente, está habitando logradouros público tais como praças, prédios abandonados, sob marquises, pontes ou viadutos, entre outros locais (1995, p.5; 1999 p.9).

A pesquisa de São Paulo (2000) não diferiu muito deste conceito, considerando-o:

O segmento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita nos logradouros da cidade – praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viaduto – em locais abandonados, terrenos baldios, mocós, cemitérios e carcaça de veículos. Também são moradores de rua aqueles que pernoitam em albergues públicos ou entidades sociais. (p.2)

Já em 2003, outra pesquisa, no mesmo município, adotou a seguinte definição:

O segmento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita nos logradouros da cidade – praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viaduto – em locais abandonados, terrenos baldios, mocós, cemitérios e carcaça de veículos. Também pessoas em situação de rua aqueles que pernoitam em albergues públicos ou entidades sociais. Denominamos os membros dessa população como pessoas de rua ou morador de rua. (SÃO PAULO, 2003, p.7).

Silva (2009) identifica como foi indicada no início deste texto, uma grande mudança com a denominação situação de rua.

O conceito utilizado pela pesquisa de Recife, no ano de 2005, é:

Grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia de sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular (p.20, nota 7).

Em Belo Horizonte, o primeiro censo de 1998, utilizou o conceito:

Segmento da população de baixa renda, em idade adulta, que, por contingência temporária ou permanente, pernoita em logradouros públicos, tais como praças, calçadas, marquises, baixos de viadutos, em galpões, lotes vagos, prédios abandonados e albergues públicos. O conceito abrange ainda crianças e adolescentes desde que em companhia das respectivas famílias (p.6).

O conceito que orientou o segundo censo de Belo Horizonte, realizado em 2005, é igual o de Recife de 2005:

Grupo populacional heterogêneo constituído por pessoas que possuem em comum a garantia de sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a não referência de moradia regular. (p.14)

Alguns autores utilizam a denominação *situação de rua* para referenciar um tempo passageiro na rua. No entanto, essa denominação pode se referir também ao fenômeno que, no entendimento de Silva (2009), acomete grande parte da população trabalhadora, que se vê empurrada para a rua por força de desigualdades sociais e pobreza extrema. Trata-se de um fenômeno que é estruturante da sociedade capitalista e não deve ser considerado somente pelo aspecto individual dos sujeitos que o vivenciam. Prates (2002) destaca que o conceito pode indicar um “estado” ou um processo, como estado, significa:

Considerar que um sujeito é de rua seria o mesmo que considerar que alguém é de casa ou de apartamento. Vive-se em casas, apartamentos ou, no caso do segmento analisado, no espaço da rua, e esta pode ser uma situação contingente. Ver essa situação como estado e não como processo é um modo de reiterá-la, sem reconhecer a perspectiva do movimento de superação – e essa parece ser uma questão central. Estar em situação de rua ou habitar a rua é diferente de ser de rua. (p.4)

A autora analisa a situação *de rua* como processo, trazendo o termo *realização*, a partir de uma concepção oposta, na medida em que reconhece o fenômeno como processo social, condição que vai se conformando a partir de múltiplos condicionantes, num *continuum*. Por essa razão, processos preventivos e a intervenção junto àqueles que estão ainda há pouco tempo em situação de rua parecem ser fundamentais para que se logre maior efetividade em termos de políticas públicas.

A discussão e a importância e evolução desses conceitos se deve ao esforço do Ministério de Desenvolvimento Social no apoio às instituições que realizaram os Censos nessas cidades, no sentido de construir noções que subsidiassem a criação de políticas sociais mais próximas da realidade dessas pessoas. Silva (2009) chama a

atenção para o fato de que, na atualidade, as denominações recorrentes são: população de rua, morador de rua e população em situação de rua<sup>9</sup>.

Um importante caminho para entender como a situação de rua interfere na vida dos sujeitos é entender o contexto da família pobre. A fragilidade do contexto familiar, sem o reforço do Estado e da sociedade em seu papel, pode influenciar situações extremas como a ida para rua de alguns sujeitos.

Segundo Silva (2009), as características que constituem todos os conceitos são a “pobreza extrema”, ou seja, a “baixíssima renda”, a presença nas ruas, de forma eventual ou permanente e os vínculos familiares rompidos ou fragilizados.

O texto que conceitua a população em situação de rua, exposto sítio do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, destaca a conceituação de população em situação de rua, a partir do decreto 7.053 de 2009, conceito adotado na atualidade pelos órgãos oficiais e também adotado por esta dissertação.

:

De acordo com o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, trata-se de grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular. Essa população se caracteriza, ainda, pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória.

Lá pode-se vê, que a população "em situação de rua" é definida a partir de sua pobreza, da interrupção de vínculos familiares e pela inexistência de moradia regular convencional atributos daqueles sem efetivação de direitos sociais fundamentais. Este grupo também é caracterizada pela utilização de serviços de acolhimento ou moradia temporária ou provisória, isto é, pela dependência de agentes e instituições públicas ou privadas e não governamentais, para a sua reprodução. Outra definição atual foi posta pelo Movimento Nacional da População de Rua em 2005, mesmo ano em que foi aprovada a Lei 11.258, que estabelece a obrigatoriedade de criação de

---

<sup>9</sup> Esta denominação é a mais utilizada na contemporaneidade e aceita pelo Movimento Nacional de População em Situação de Rua, instrumentos legais, etc. Esta dissertação aceita-a por entender que esta traz a situação de rua como um processo e mutável.

programas para essa população na Assistência Social e a define como sendo: um grupo:

[...] formado por homens e mulheres em situação ou trajetória de rua, comprometidos com a luta por uma sociedade mais justa que garanta direitos e a dignidade humana para todos. Esses homens e mulheres, protagonistas de suas histórias, unidos na solidariedade e lealdade [...] (p.19).

Estes conceitos trazem características que possibilitam a aproximação a esta realidade, como já apresentado anteriormente, a pobreza extrema se apresenta atrelada à lógica de acumulação de riqueza e que emerge enquanto expressão extrema da questão social. Outra característica importante, são os vínculos familiares rompidos ou fragilizados e vale aqui entender a dimensão política desse vínculo familiar, como ele se configura nesse contexto contraditório e complexo, que é a situação de rua. A família torna-se importante elo entre o sujeito e o seu projeto de vida, no entanto para que isso ocorra é necessário que haja um vínculo familiar fortalecido, sendo necessário a ação de agentes públicos e comunitários nesse contexto. É no espaço da família que ocorrem os conflitos que muitas vezes motivam a ida para as ruas<sup>10</sup>, mas também é na família que deve-se iniciar a proteção social.

O papel da família, no contexto da situação de rua é potencializado por responsabilidades, enquanto espaço de acolhimento, proteção, porém cheio de tabus que o restringe ao âmbito privado em contraposição ao público, no entanto, esta dissertação entende que esta cisão entre o que é do público e do privado tem culpabilizado a família e camuflado as responsabilidades do Estado. Porém precisa-se entender de que família se trata.

Para Miotto (2010), a família constitui-se como:

Um espaço altamente complexo. É construída e reconstruída histórica e cotidianamente, através das relações e negociações que estabelece entre seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade ela e outras esferas da sociedade, tais como Estado, trabalho e mercado (p.5).

---

<sup>10</sup> Vide resultado da Pesquisa Nacional sobre Pessoas em Situação de Rua de 2008, descritas no capítulo III desta dissertação.



Para além de uma única definição, cabe entender que, além da capacidade de produção material, a família produz também subjetividades, pois é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de diversos recursos, fazendo-se importante resgatá-la em discussões de acesso ou desigualdade. Entende-se que a família não é apenas uma construção privada, como normalmente se entende, mas uma construção pública. Quando se fala em famílias, fala-se de sujeitos que a compõem, pois todos os sujeitos têm família, mesmo que tenha se afastado ou tenha abandonado sua família. A família desempenha um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos. E, nesse contexto, pode-se dizer que é ela que “cobre as insuficiências das políticas públicas, ou seja, longe de ser um ‘refúgio num mundo sem coração’ é atravessada pela questão social” (MIOTO, CAMPOS, LIMA, 2004).

Os mesmos autores citados acima afirmam que essa concepção de família se contrapõe àquelas concepções conservadoras que:

Tratam a família a partir de uma determinada estrutura, tomada como ideal (casal com seus filhos) e com papéis predefinidos;  
Concebem a família apenas numa perspectiva relacional. Ou seja, que as relações familiares estão circunscritas apenas às relações estabelecidas na família, seja no âmbito de seu domicílio, seja na sua rede social primária;  
Analisam a família somente a partir de sua estrutura relacional, não incorporando as relações estabelecidas com outras esferas da sociedade. Por exemplo, como a relação com o Estado, através de sua legislação, de suas políticas econômicas e sociais, interfere na história das famílias, na construção dos processos familiares que são expressos através das dinâmicas familiares. Consequentemente, se contrapõe às concepções que tomam a família como a principal responsável pelo bem-estar de seus membros, desconsiderando em grande medida as mudanças ocorridas na sociedade. (p.6)

Outra característica importante para se entender a importância da família no contexto da proteção social que ela representa é o vínculo familiar, já mencionado anteriormente. Vínculos familiares rompidos e fragilizados são marcadamente presentes na situação de rua e emergem como uma de suas principais características e demonstram a necessidade de entender a relação família e situação de rua. Estudos mostram que as pessoas em situação de rua, têm referência familiar, sabem onde estão e como encontrar seus familiares, mas não os procuram porque os laços de união se encontram fragilizados ou completamente interrompidos. As pesquisas, já apresentadas nesta dissertação, demonstram que não são muitas as pessoas em situação de rua que mantêm vínculos familiares,

apesar de terem família. Muitos fatores as levam ao rompimento desses vínculos, fatores de ordem econômica, social, cultural e familiar, tais como desemprego, desavenças, preconceitos relacionados à opção sexual, o uso de substância psicoativa como álcool e drogas e, em alguns casos, distúrbios mentais, dentre outros. Mas o que se quer afirmar aqui é que a questão social atravessa o espaço da família, onde se desenvolvem as relações sociais importantes e que ao mesmo tempo, estas famílias não encontram respostas as suas principais demandas, enfatizando o processo de inclusão precária, onde nem o mercado e nem o Estado assumem suas responsabilidades e culpabilizam a família por problemas tais como a situação de rua.

Como afirma Esping-Andersen *apud* Mioto (2010), uma forma de gerir e distribuir os riscos sociais é dividi-los entre o Estado, o mercado e a família, e isso faz toda a diferença nas condições de vida de uma população.

A perda ou rompimento de vínculos, característicos de sujeitos que vivenciam a experiência na rua, muitas vezes, advêm de mortes ou internações em instituições de abrigo, desemprego, violência domiciliar, conflito familiar etc.

Kaloustian (2008) assevera a existência de uma *dimensão política do vínculo*. Segundo ele, como já foi dito acima, a família a comunidade e o Estado devem conjuntamente garantir a vida digna das pessoas. O Estado deve assegurar direitos, o que revela a dimensão política do vínculo, ou seja, a proteção do Estado deve se materializar através de políticas públicas que possam garantir à família pobre a manutenção do vínculo de suas crianças. E ainda criar mecanismos que previnam minimamente as expressões da questão social que atravessam a família, acarretando o abandono de crianças, o aumento de violência e a fragilização de vínculos.

Esses autores citados acima defendem que existe uma proposta chamada de “familista”, que coloca a família como principal elemento de proteção social. A ideia central da proposta familista reside na afirmação da tradição secular de que existem dois canais naturais para a satisfação das necessidades dos indivíduos: a família e o mercado, e somente com a falência da família o Estado deve intervir, ou seja, a política social aparece como compensatória e residual nesse processo, e a família constitui o centro de manutenção.

O fracasso das famílias é aceito como resultado da incapacidade de ela própria, com seus recursos, desenvolver adequadas estratégias de

sobrevivência e de convivência, de mudar comportamentos e estilos de vida, de se articular em redes de solidariedade e também de ser incapaz de se capacitar para cumprir as obrigações familiares (MIOTO, 2010, p.6). Ou seja, uma visão estruturalista e conservadora que assim como no discurso da marginalidade, separa incluídos e excluídos e almeja da família que ela se torne o padrão ou modelo burguês.

Essa concepção de família se desenhou no desenvolvimento capitalista no liberalismo econômico – século XVIII e XIX,

[...] quando, com a separação entre casa e empresa, se conformou uma nova forma de família nuclear burguesa. Assim, nesse momento, delega-se a ela a responsabilidade pela reprodução social e junto se jogou também para dentro delas os problemas e os conflitos gerados na esfera da produção. (MIOTO, p.170)

Afinal, a insuficiência de recursos para a provisão de bem-estar, advinda, por exemplo, do desemprego, passou a ser tratada como “caso” ou “problema de família”.

Ao contrário, na proposta protetiva, persiste-se na afirmação de que a proteção social se efetiva através da garantia de direitos sociais universais, pois se assegura que somente através deles é possível consolidar a cidadania e caminhar para a equidade e a justiça social.

De acordo com Mioto *apud* Esping-Andersen, pode-se dizer que a cidadania social vincula-se a dois processos: ao “processo de desmercadorização” que consiste na possibilidade que o indivíduo e a família têm de se manter sem depender do mercado e ao “processo de ‘desfamiliarização’”:

Desfamiliarização significa o abrandamento da responsabilidade familiar em relação à provisão de bem estar social, seja através do Estado ou do mercado. Como afirma Chiara Saraceno (1996), a presença do Estado na garantia dos direitos sociais torna possível a autonomia dos indivíduos em relação à autoridade familiar e da família em relação à parentela e à comunidade (MIOTO *apud* ESPING-ANDERSEN, 2010, p.7).

Mas o que é esse vínculo familiar e como ele incide na vida e na saúde, que, muitas vezes, antes de serem adultos em situação de rua, foram crianças e jovens em situação de rua. Segundo Kaloustian (2008), o vínculo se inicia na gestação da criança, pois o nascimento de um filho representa um encontro, e a amamentação oferece uma vinculação orgânica e biológica. Vale destacar que, diferentemente do

que se pensa, como já dito, toda a criança tem uma família e uma rede de parentesco, mesmo que não viva com ela. Sua história se vincula a uma família, a uma rede familiar, bem como sua identidade, nome e sobrenome.

Defende-se que o vínculo familiar é vital para a construção de histórias de vida fortalecidas, mas demonstra em contrapartida, que tal vínculo tem três dimensões: política, familiar e comunitária. A comunidade como território nacional de nascimento, confere direitos e deveres de cidadania ao indivíduo, pois a criança inicia sua história dentro da história de sua família, de sua comunidade e de sua nação. Todos, ao nascer, precisam de “outro” (instituições, pessoas) que garanta sua sobrevivência. No entanto, o que se verifica é um grande número de crianças pobres que são historicamente abandonadas e transformam-se em adultos em situação de rua.

Impelida pela necessidade de mercados sempre novos, a burguesia invade todo o globo. Necessita estabelecer-se em toda a parte, explorar em toda a parte, criar vínculos em toda a parte. (MARRX, 1997, p.3)

O contexto histórico da política social no Brasil não tem alterado o quadro de pobreza vivenciado pelas famílias. Constata-se no espaço urbano um *apartheid* entre ricos e pobres, com uma parte da população confinada em favelas, longe do usufruto dos serviços da cidade.

A convivência familiar entre os pobres e entre as pessoas em situação de rua também é garantida a partir de estratégias de sobrevivência. A solidariedade conterrânea e parental é condição de sobrevivência e existência, realizando-se através de empréstimos para pagar as contas, de alguém que tome conta das crianças, dentre outros expedientes. São sistemas próprios que garantem a reprodução social da família de baixa renda. Já para as pessoas em situação de rua a estratégia é pedir e carregar suas crianças juntas para a rua.

A própria organização das favelas e cortiços, do ponto de vista físico, reforça esse *apartheid* urbano das famílias pobres, pela sua localização e organização, que distinguem e discriminam os pobres. Os serviços também reproduzem esse *apartheid*, pois, além de serem parques, são desprovidos de qualidade, mesmo que muitos profissionais estejam na mesma condição social do usuário, ou seja, na condição de pobreza. A cultura da subalternidade, da alienação consentida, o uso de cola e drogas, a ausência de privacidade e a promiscuidade fazem parte do

cotidiano da família pobre. No contexto da rua, estudos como o de Ataíde (2002)<sup>11</sup> demonstra que as famílias em situação de rua, assim como os indivíduos em situação de rua, optam pelas áreas centrais em especial as praças da cidade.

Segundo Kaloustian (2008), três questões são emergentes para enfrentamento da necessidade de fortalecimento do vínculo: a rua, a institucionalização, a violência. O autor reforça a importância da família nos instrumentos legais e traz a necessidade de que ela receba apoio e proteção social para executar sua função, antes de proteger. O discurso, em relação às crianças abandonadas, é o da adoção, o que fomenta o discurso que relaciona abandono e pobreza. Pode-se questionar, por exemplo: são as crianças que estão abandonadas por suas famílias nas ruas, ou suas famílias foram abandonadas pelo Estado? É necessário analisar a pobreza estrutural e o enfrentamento dela, como vem sendo defendido neste trabalho, sabendo que sua consequência é o enfraquecimento dos vínculos familiares e comunitários.

É preciso entender que, antes de serem famílias que abandonam, são famílias que são abandonadas pelas políticas públicas e pela sociedade. O desafio das políticas de atenção à família é dar vida às leis: uma questão de postura, que repercute no cotidiano das famílias empobrecidas. “A burguesia rasgou o véu do sentimentalismo que envolvia as relações familiares e reduziu-as a simples relações monetárias” (MARX, 1997, p.3).

Mas quem são esses sujeitos que compõem famílias empobrecidas, os quais, muitas vezes, ficam em situação de rua, e o quanto isso é o reflexo de um conjunto de desigualdades sociais?

## 2.2 A SITUAÇÃO DE RUA COMO MANIFESTAÇÃO DA QUESTÃO SOCIAL

Santos (2003), ao analisar o desemprego na sociedade capitalista brasileira, defende que o pauperismo é a expressão máxima da questão social, porém pondera que também aqueles que estão inseridos no mercado formal e informal também sofrem processos de pauperização. A autora contribui para a discussão

---

<sup>11</sup> Ataíde (2002) escreve sobre a história oral das famílias das pessoas em situação de rua em Salvador, sua trajetória em busca de cidadania. A autora reuniu 31 entrevistas que representaram histórias de 16 grupos de famílias. Identificou cinco grupos de famílias: **Grupo 1 Migrantes recentes da área rural; Grupo 2 Pais da periferia de Salvador que vivem na rua; Grupo 3 Centradas no referencial materno e que vivem nas ruas; Grupo 4 Famílias moradoras de favelas; Grupo 5 Falsas famílias.**

empreendida neste trabalho, pois afirma que a pauperização amplia o conceito de pobreza, remetendo também ao conceito de acesso à bens e serviços, tais como saúde, saneamento básico, moradia etc.

As várias análises teóricas sobre a situação de rua demonstram que ela se configura, historicamente, como manifestação da questão social no mundo.

A existência de sujeitos na rua é atrelada a um contexto social e de relações de trabalho que, direta ou indiretamente, interferem na saúde desses sujeitos. O que há de novo é que, na contemporaneidade, especialmente após a década de 1990 por força do processo de reestruturação produtiva do capital, como será mais bem detalhado em capítulos posteriores, aumenta-se esse contingente, configurado como de trabalhadores, porém sem os benefícios do trabalhador formal.

Em todo o mundo, é visível o aumento desse contingente populacional. Prates (2000, p.136), ao citar Slagg (1994), informa que pesquisa realizada em 1990, na cidade de Chicago, que buscava avaliar os desabrigados de um programa de reabilitação, identificou vários problemas com essas pessoas, em especial os relacionados a aspectos de saúde, tais como: transtorno mental (70%), problemas com álcool (16%) e outras drogas (12%). Essa população demonstrou danos cognitivos importantes e apresentou menores habilidades físicas e comportamentais para o trabalho, bem como um quadro de isolamento social.

Na mesma década, nos Estados Unidos, foi realizado estudo com os *homeless* abrigados e com problemas mentais, visando avaliar a eficácia de programas assistenciais. Os resultados demonstraram um grande uso de substâncias psicoativas anterior ao processo de abrigo, relacionado, em especial, aos veteranos da guerra. Prates (2000) ainda apresenta resultados de outra pesquisa, realizada na cidade de Los Angeles, na qual os resultados demonstraram que a composição desse público era formada por famílias, e muitas apresentavam como motivo de estar na rua o aumento de aluguéis, o que as impulsionou ao estado de extrema pobreza e à vivência nas ruas. Percebe-se assim, que os estudos acima mencionados, mesmo no contexto de um país economicamente avançado, apontaram diversos problemas de saúde e altas taxas de mortalidade associados a esse público.

O estudo realizado por Silva (2009), considerando as pesquisas já mencionadas nesta dissertação, chegou a algumas características, que serão apresentadas aqui de forma geral. Com referência a um levantamento de 1995 e

2005, no Brasil, foram feitas as seguintes constatações: predominam pessoas do sexo masculino em situação de rua; a população em situação de rua está envelhecendo; a população em situação de rua sabe ler e escrever, diferentemente do que se pensava; trata-se de um fenômeno que atinge pessoas originárias da capital, diferentemente do período de industrialização; o tempo de permanência na rua vem aumentando progressivamente; a maior parte dessas pessoas se encontrava nas cidades desacompanhadas de seus familiares; que a grande maioria já teve experiência de trabalho anterior a essa condição, mesmo em ocupação precárias; nas ruas, as atividades precárias é que garantem a sua sobrevivência; o trabalho regular revela-se como categoria central na vida dessas pessoas, como referência material, psicológica e cultural; é frequente uso de álcool e de outras drogas.

Nesse contexto, descrito de forma sucinta, a autora indica que as políticas sociais teriam, então, a missão de materializar essas demandas apresentadas, para garantir, em tese, os direitos sociais e a redução das desigualdades. Trata-se, um instrumento “de realização dos direitos sociais que podem implicar a desmercadorização do status do indivíduo em face do mercado”. A autora cita que Esping-Andersen informa à diferença que “ocorre quando a prestação de serviços é vista como uma questão de direitos ou quando uma pessoa pode manter-se sem depender do mercado” (ESPING-ANDERSEN 1991, p.102, *apud* SILVA, 2009, p.174).

Vê-se, no entanto, que até as políticas sociais cujo princípio é a universalização, como a saúde e a educação, são focalistas e restritivas no que se refere às pessoas em situação de rua, pois não atendem às características dessa população. São entraves burocráticos de acesso a essas políticas, que se somam à falta de intersetorialidade entre elas.

Mas como esse fenômeno se manifesta como expressão da questão social na atualidade?

Já na década de 1990, Pastorini (2004, p.13) argumentava que, no Brasil, um “conjunto de políticas macroestruturais que vieram acompanhadas na reestruturação produtiva”, na ordem neoliberal, trouxe consequências desastrosas, em especial para os trabalhadores, em função da crise. Questões como aumento do desemprego ou precariedade nas suas condições, regressão de direitos sociais, redução do

emprego na indústria em decorrência da desproteção social, fruto da revolução tecnológica e aumento da pobreza.

No Brasil, as mudanças ocorreram com a mobilização das pessoas em situação de rua. No final da década de 70, organizações civis de diferentes setores se articularam em torno da conquista de liberdades democráticas e justiça social. Nesse processo, emergiram novas demandas sociais que, colocadas na pauta de reivindicações da sociedade brasileira, buscavam a ampliação dos direitos de cidadania e da participação política. Eram lutas específicas, por moradia, saúde, educação, igualdade de direitos (mulher, criança, negros, homossexuais, idosos), reforma agrária, meio ambiente e melhores condições de vida nas grandes cidades (reforma urbana, segurança, fim da violência). Uma marca primordial desse processo foi a luta por direitos, pela participação política e pela “reforma das políticas sociais, cujo ponto de partida era a crítica ao caráter excludente da política social vigente sob o regime militar” (IPEA, 2009, p.18).

Oliveira (2001, p.6) avalia que as mobilizações sociais que vieram após a década de 1980 foram decisivas para a eleição de uma minoria atuante de parlamentares constituintes originados dos movimentos sindicais populares. Na área da saúde, houve um crescimento dos movimentos sociais, definindo e reivindicando que a provisão de saúde se efetivasse como um direito de todos.

No entanto, o período que antecedeu a Constituição de 1988 não coincidentemente foi marcado pela explosão dos movimentos de classe, conselhos e organizações populares. Proliferaram as associações e os conselhos de moradores. Os anos de atraso e as restrições causadas pela ditadura impulsionavam uma sociedade que clamava pela garantia de direitos, especificamente pela garantia dos direitos sociais, que envolvem interesses e demandas de toda a sociedade, e “a essa nova *modalidade de participação* dá-se o nome de *participação social*’. Sua categoria não é mais *comunidade*’ [participação comunitária] nem *povo*’ [participação popular], mas a *sociedade*” (SOUZA, 2004). Os movimentos segmentados se organizaram, desabrochando as demandas das mulheres, dos negros, os movimentos da saúde, da educação, a questão urbana, a assistência social, dentre muitos outros, que pressionaram antes e durante a Constituinte para que direitos civis, sociais e políticos fossem efetivados.

É relevante ressaltar que as formas de participação acima citadas não se excluem, nem se sobrepõem, pois a conjuntura propiciava novas formas de



enfrentamento e mobilização originárias da sociedade civil e, às vezes, impulsionadas pelo Estado na busca pela legitimação. É possível dizer que, ainda hoje, todas essas formas de participação coexistem e não se pode julgar através do senso comum o quanto são legítimas ou relevantes. Essa discussão alcança esferas que carecem de explicações que avancem além da conceituação, que caracterizem, de forma qualitativa, cada uma das formas de participação. As subjetividades envolvidas e as condições peculiares a cada contexto tornam a questão da participação amplamente complexa em cada grupo.

Com o agravamento da questão social e as altas taxas de desemprego registradas nos anos 80, ampliaram-se as demandas por acesso a saúde, educação, assistência social, trabalho e renda. Nesse cenário, o acelerado crescimento das cidades exigia investimento e acesso, além do enfrentamento das iniquidades observadas na realidade brasileira. Na década de 1990, nesse período, também se articularam no país, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), projetos de atendimento a crianças e adolescentes em situação de rua, desenvolvidos em diferentes cidades por organizações da sociedade civil. Esses projetos constituíram a base da formação do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMRR) em 1985. Na mesma direção ainda, a Pastoral do Menor realizou, de 1981 a 1992, a Semana Ecumênica do Menor, que reuniu aproximadamente mil pessoas na defesa dos “meninos de rua” e na organização da luta por direitos de cidadania para esse segmento.

Nesse contexto, as instituições de apoio e ajuda à população em situação de rua direcionaram-se para a afirmação do acesso dessa população ao direito humano à vida e à dignidade. Essas instituições buscaram, ainda, superar o caráter assistencialista e repressor da ação junto às pessoas em situação de rua, com a introdução, no trabalho cotidiano, de um novo trato metodológico, que priorizava a organização e o protagonismo como instrumento de resgate de direitos de cidadania das pessoas em situação de rua. Foi pela ação das Pastorais do Povo de Rua que essa população passou a ocupar novos espaços públicos, de forma organizada, para reivindicar melhores condições de vida.

O Grito dos Excluídos simbolizou a luta da população em situação de rua para dar visibilidade aos direitos e necessidades da população que tinha as ruas como seu espaço de moradia e sobrevivência. Foram promovidos pela Pastoral Social com as demais Igrejas do Conselho Nacional de Igrejas Cristãs, movimentos sociais,

entidades e organizações da sociedade civil. No dia 7 de setembro de 1995, mobilizou indivíduos, organizações e movimentos sociais com o objetivo de dar visibilidade à questão. Nessa esteira, surgem também, nesse período, em várias partes do Brasil e no mundo, os denominados “*street papers*”<sup>12</sup>, jornais que foram canais de expressão de processos de pauperização de determinadas parcelas da população, como as pessoas em situação de rua, como espaços para elas se manifestarem. No Brasil, são quatro publicações que se apresentam desde 1991: O *Trecheiro*, criada em 1991, *Boca de rua*, publicada em Porto Alegre e São Paulo em 2000, a *Revista Ocas* em 2002, *Aurora da Rua*, em Salvador, publicada em 2007 (RESENDE; ACOSTA, 2011, p.220). Outro evento importante foi o Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua, que pôde garantir visibilidade e fomentou vários seminários ocorridos nessa época. O primeiro Congresso Nacional de Catadores de Material Reciclável, ocorrido em 2001, possibilitou a inserção desse segmento na agenda pública.

Porém foi a violência que criou a comoção nacional em torno das pessoas em situação de rua. É certo que a própria situação de rua não cria, por si só, vínculos associativos, pela multifatorialidade dos motivos que levam os sujeitos à rua, pela situação de degradação física e mental que esse espaço promove. Porém vale ressaltar que vários movimentos foram criados ao longo da história, associados indiretamente à situação de rua e participação social, embora seus objetivos girassem em torno de lutas específicas, tais como a dos sem-teto, pela moradia, os sem-terra, esses com objetivos mais ampliados de redistribuição das terras, a luta pela reforma agrária, a dos catadores de reciclável, em torno da luta pelo trabalho, dentre outros. No entanto, foi o Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua que se propôs a discutir e requisitar direitos mais abrangentes que os de outrora e a ter como beneficiários aqueles que sofrem com a pobreza extrema, como consequência da vivência da rua.

Foi a violência que reuniu essas forças e se tornou ponto de identificação na luta por reconhecimento, direito e justiça social. Marcadamente em 2004, com o que ficou intitulado a “chacina da Praça da Sé”, com a morte brutal de sete moradores de rua na região central da cidade de São Paulo, ocorrida nas noites de 19 a 22 de

---

<sup>12</sup> Com exceção do *Trecheiro*, todos os outros jornais são filiados à International Networking of Street Paper, uma rede internacional que visa, em linhas gerais, gerar renda para a população de rua e trocar experiências internacionais. A proposta inicial foi feita em 1990, pela revista Londrina *The Big Issue*.

agosto, e um conjunto de várias barbáries ocorridas no mesmo período em outros estados, foram desencadeados, em todo o país, diversos movimentos sociais e organizações da sociedade civil. Eles passaram a se expressar de várias formas, trazendo a necessidade de uma organização política e ampliação da participação social como um movimento social, reivindicando a participação no controle social da política pública de assistência social e, especialmente, na elaboração de uma proposta de política nacional para a população de rua.

Uma sucessão de eventos mobilizadores ocorreu nesse período. No dia 22 de agosto de 2004, realizou-se o 1º ato pela vida no centro de São Paulo. A tristeza e a indignação juntaram o povo da rua no III Festival Lixo e Cidadania.

Em Belo Horizonte, em setembro de 2004, o povo se uniu e lançou a semente do Movimento Nacional da População de Rua. Em 2005, pessoas em situação de rua de vários estados do Brasil participaram do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua no Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).

No dia 21 de março de 2010, funda-se o Movimento de Salvador. No entanto, suas bases ainda estavam relacionadas a ações ligadas a igreja católica, ocupando espaço cedido pela Igreja de São Francisco, onde funciona sua sede.

Em 25 de outubro de 2006, foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para a Inclusão Social da População em Situação de Rua, com a participação de lideranças da sociedade civil. Entre suas conquistas, estão um assento do Movimento no Conselho Nacional da Assistência Social (CNAS) e a Consulta Pública da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Em julho desse mesmo ano, em São Paulo, houve a formação de oito grupos de trabalho, seis encontros e duas plenárias do *Fala Rua* para a elaboração das propostas de São Paulo ao documento *Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua*.

Fruto do debate travado por esses atores e outras instituições jurídicas, religiosas e assistenciais, em 2008 foi sancionado a Política Nacional de Inclusão Social a Pessoas em Situação de Rua. Essa política, em linhas gerais, visa a estabelecer diretrizes e propostas que objetivam a reintegração dessas pessoas às suas redes familiares e comunitárias. Contraditoriamente, ao mesmo tempo em que reconhece direitos, reflete uma resposta à luta do Movimento Nacional. Entre suas grandes pretensões, busca garantir o acesso pleno aos direitos dos cidadãos brasileiros em situação de rua e a oportunidades de desenvolvimento social pleno

desses sujeitos, considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência no espaço público da rua. Para tanto, vale-se do protagonismo de movimentos sociais formados por pessoas em situação de rua, entre outras ações que contribuem para a efetivação desse processo.

No entanto, verifica-se que a construção dessa política, ao mesmo tempo em que formata direitos a partir da especificidade desse segmento, lança desafios para os municípios, que historicamente têm suas políticas setoriais funcionando de forma precária e desarticulada, a exemplo de uma política fundamental para essa população: a de saúde.

No âmbito das pesquisas censitárias, essa realidade também confirma, a falta de direitos fundamentais como saúde e assistência à população de rua.

Assim, pode-se afirmar que para as pessoas em situação de rua, as mudanças começaram a acontecer desde 1992, quando, por iniciativa de organizações não governamentais e da prefeitura de São Paulo, foi realizado o primeiro Seminário de População de Rua no Brasil, onde foram apresentados os perfis de 17 municípios brasileiros e se consolidaram com a criação em 2008 de Política Nacional de Inclusão Social para as pessoas em situação de rua. São pequenas reformas que se desenham a partir de certa consciência desta fração da classe trabalhadora e da organização política deste grupo e foi nesse contexto que fez emergir a situação de rua enquanto expressão da questão social (ROSA, 1995).

Até o momento, buscou-se demonstrar o forte vínculo entre: pobreza extrema e o processo de inclusão precária, que se dá com a incorporação política por parte do Estado de algumas demandas deste público, refletidas na formulação da política de inclusão social, elaborada em 2008, sem, no entanto, eliminar as bases de existência de sua opressão.

### 3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

*Os cientistas dizem que somos feitos de átomos, mas um passarinho me diz que somos feitos de histórias.*  
(Eduardo Galeano)

Este capítulo visa apresentar as características atuais e históricas das pessoas em situação de rua e apresentar as iniciativas censitárias realizadas no Brasil e em Salvador que apresentam as características deste grupo, bem como, um pouco das raízes históricas deste fenômeno.

#### 3.1 PERFIL NO BRASIL

Antes de apresentar o perfil das pessoas em situação de rua no Brasil, vale mencionar que este contexto está atrelado à implantação da questão social no mundo e, no caso brasileiro, na América Latina, pois, como afirma Castro (2006, p.37), a industrialização no contexto da América Latina trouxe “miséria, crescimento urbano caótico, migrações de camponeses expulsos de suas terras, etc. [...]”. A história deste continente é permeada pela questão social, e esta se torna um elo básico, permeado por medidas políticas que se alternaram na história entre autoritárias e democráticas.

O processo de industrialização tardio da América Latina, trouxe com ele, um quadro de lutas em torno de acesso a trabalho, saúde, habitação, dentre outros direitos sociais e o aumento da situação de rua, enquanto expressão da questão social.

No Brasil, como já afirmado antes, até a década de 1990 não se tem conhecimento de estudos e pesquisas sobre a origem e história das pessoas em situação de rua. É a partir dessa década que se têm os primeiros estudos sobre este fenômeno e que surgem algumas iniciativas para o seu enfrentamento em cidades brasileiras, atrelada às mudanças promovidas pelo capitalismo em escala mundial, desde o decênio de 1970, manifestas no Brasil, sobretudo, a partir de 1995. Nesse período, percebeu-se o crescimento do exército de reserva no mundo e no Brasil, em decorrência do aprofundamento do desemprego, do trabalho precarizado e do *pauperismo*.

A primeira tentativa mais ampla para contagem de pessoas em situação no Brasil foi à pesquisa realizada pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome em 2007, considerada a primeira pesquisa censitária nacional para este fim, cujo universo da pesquisa foram os municípios com população igual ou superior a 300 mil habitantes. Foram excluídos do universo os municípios que tinham realizado pesquisas recentes, com levantamento semelhante: Belo Horizonte (MG), São Paulo (SP), Recife (PE) e Porto Alegre (RS). Assim, foram selecionados pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome 71 municípios, 23 capitais e 48 municípios, utilizando-se como base de dados o Datasus<sup>13</sup> do ano de 2004. Em todas as cidades selecionadas, foi realizado um censo das pessoas em situação de rua, por meio da aplicação de um questionário reduzido, e uma pesquisa amostral que investigou um conjunto maior de questões. A pesquisa nacional identificou 31.922 pessoas (maiores de 18 anos) em situação de rua. Esse número total, se considerado juntamente com as pesquisas de outras cidades, pode ser estimado em 50 mil pessoas nas capitais de estado (e Distrito Federal) e cidades com mais de 300 mil habitantes.

No que se refere à saúde, foco desta dissertação, a maioria dos entrevistados (79,6%) conseguia fazer, no mínimo, uma refeição ao dia, fato que, se considerado o tipo de trabalho insalubre e desgastante que realizam na rua, como catar, lavar carro, etc., é alarmante. Deve-se também considerar o tipo de alimento ingerido, normalmente sobras, desperdiçadas e ou estragadas pela população em geral, 27,1% compram comida com o próprio dinheiro e 4,3% utilizavam restaurante popular<sup>14</sup>, fato relevante, pois, diferentemente de épocas remotas, essa população não se apresenta atualmente como mendigos ou pedintes, mas se autossustenta com seu trabalho, que, mesmo precarizado lhe possibilita a subsistência. Porém a pesquisa demonstrou que 19,0% dos entrevistados não conseguem se alimentar todos os dias (ao menos uma refeição por dia).

---

<sup>13</sup> Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Notícias, produtos e serviços, dados sobre a saúde do Brasil.

<sup>14</sup> Segundo o MDS (2013), são restaurantes públicos populares geridos pelo setor público municipal/estadual, ampliando a oferta de refeições prontas [...] a preços acessíveis. Disponível em: <http://www.12.senado.gov.br>. Acesso em: 15 fev.2014.

Porem 29,7% afirmaram ter algum problema de saúde, dado que deve ser relativizado, considerando o significado de saúde para essas pessoas, normalmente associado ao fato de não estar doente, o que não garante que efetivamente não estejam doentes.

Entre os problemas de saúde mais citados destacam-se: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico ou mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão ou cegueira (4,6%). Se analisadas as causas desses problemas, verifica-se a influência da má qualidade de alimentação, das condições de vida e trabalho destes sujeitos.

Dentre os entrevistados, 18,7% faziam uso de algum medicamento, adquirido nos postos ou centros de saúde, a principal via de acesso a medicamentos informada pelos sujeitos da pesquisa nacional. Vale destacar que essa informação sobre a utilização do medicamento não inclui o acondicionamento correto e não informa como se deu o acesso nos serviços. Normalmente os medicamentos são disponibilizados em situações de institucionalização em albergues, casas de triagem ou hospitais. Daqueles que os utilizam, 48,6% afirmaram consegui-los por esse meio, no entanto, o fato de indicarem a fonte de aquisição não explicita a forma de acesso ou a finalização do tratamento.

Quando doentes, 43,8% dos entrevistados informaram procurar, em primeiro lugar, um hospital ou serviço de emergência. Em segundo lugar (27,4%), o posto de saúde, o que enfatiza o comportamento desse público de priorizar as situações de emergência de saúde, em detrimento de atitudes preventivas.

Quanto à higiene pessoal, os principais locais utilizados pelas pessoas em situação de rua para tomar banho era a própria rua (32,6%), fato que leva à indignação sobre a fatores morais da população em geral sobre a utilização pelas as pessoas em situação de rua do espaço público para rotinas do âmbito privado. Os albergues ou abrigos (31,4%), os banheiros públicos (14,2%) e a casa de parentes ou amigos também eram utilizados para a higiene pessoal (5,2%).

Para fazer suas necessidades fisiológicas, a rua era a mais utilizada (32,5%), seguida de albergues ou abrigos (25,2%), banheiros públicos (21,3%) – embora escassos em muitos municípios, estabelecimentos comerciais (9,4%) e a casa de parentes ou amigos (2,7%).

Reflete-se que no âmbito da saúde, esta situação está atrelada a outras garantias políticas e civis.

Quanto à existência de documentação de identificação, 24,8% das pessoas em situação de rua não possuíam quaisquer documentos de identificação, o que é mais um dificultador a obtenção de emprego formal e acesso aos serviços e programas essenciais. Não possuíam título de eleitor (61,6%), carteira de trabalho (59,9%), CPF (57,4%), certidão de nascimento ou de casamento (49,2%) e carteira de identidade (40,7%). Possuíam todos os documentos de identificação mencionados apenas 21,9%. Considera-se que a falta de documentos é um dos principais entraves para o acesso desse público a direitos básicos.

Em termos proporcionais ou percentuais, a Pesquisa Nacional apontou para dados semelhantes àqueles coletados nas pesquisas municipais. A Contagem Nacional apontou que 0.061% da população das cidades pesquisadas se encontravam em situação de rua. A partir dela, verificou-se uma diversidade de dados relativos ao perfil (características socioeconômicas e formação escolar); trajetória de rua (razões de ida à rua, deslocamentos, entre outros); histórico de internação em instituições; pernoite, vínculos familiares e trabalho; acesso à alimentação, a serviços e cidadania; discriminações sofridas; participação em movimentos sociais.

Outra característica é que é uma população, predominantemente masculina (82%). Mais da metade (53,0%) das pessoas adultas entrevistadas (somente foram entrevistadas pessoas com 18 anos completos ou mais) se encontravam na faixa etária entre 25 e 44 anos. 39,1% das pessoas em situação de rua se declararam pardas. Essa proporção é semelhante à observada no conjunto da população brasileira (38,4%). Declararam-se brancos 29,5% (53,7% da população em geral) e pretos 27,9% (apenas 6,2% na população em geral). Assim, a proporção de negros (pardos somados a pretos) é substancialmente maior na população em situação de rua.

Os níveis de renda são baixos. A maioria (52,6%) recebia entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais. 74% dos entrevistados sabiam ler e escrever. 17,1% não sabiam escrever e 8,3% apenas assinam o próprio nome. A imensa maioria não estudava (95%), pois a rua não oferece condições para isso. Apenas 3,8% dos entrevistados afirmaram estar fazendo algum curso (ensino formal 2,1% e profissionalizante 1,7%). Diagnosticou-se que 48,4% não concluíram o primeiro grau e 17,8% ou não souberam responder ou não lembram, ou não responderam sobre seu nível de escolaridade. Apenas 3,2% haviam concluído o



segundo grau. A maioria da população pesquisada afirmou que costumava dormir na rua (69,6%), por vários motivos. Um grupo relativamente menor (22,1%) costumava dormir em albergues ou outras instituições. Apenas 8,3% costumam alternar, ora dormindo na rua, ora dormindo em albergues. Na última semana (em relação à data da entrevista), a maioria dormiu somente na rua (60,5%). Pernoitaram somente em albergues ou outras instituições 20,0%. E alternaram rua e albergue 8,3%. Informaram preferir dormir na rua 46,5% dos entrevistados, enquanto 43,8% manifestaram preferência por dormir em albergues. Entre aqueles que manifestaram preferência por dormir em albergue, 67,6% apontaram a violência como o principal motivo da não preferência por dormir na rua. O segundo principal motivo foi o desconforto (45,2%). Entre aqueles que manifestaram preferência por dormir na rua, 43,9% apontaram a falta de liberdade como o principal motivo da não preferência por dormir em albergue. O segundo principal motivo foi o horário (27,1%). Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua foram problemas de alcoolismo e (ou) drogas (35,5%); problemas de saúde e desemprego (29,8%) o que comprova que o elemento trabalho é fundamental e desavenças com familiares (29,1%). Dos entrevistados no censo, 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos (que podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro). 45,8% dos entrevistados sempre viveram no município em que moram atualmente, ou seja, o desenraizamento advindo do processo de migração, não é preponderante na contemporaneidade. Dos restantes (54,2% do total), 56,0% vieram de municípios do mesmo estado de moradia atual e 72,0% vieram de áreas urbanas, ou seja, o fenômeno, pessoas em situação de rua na atualidade é urbano. Isso significa que uma parte considerável da população em situação de rua é originária do mesmo local em que se encontra, ou de locais próximos, não sendo essa situação uma decorrência de deslocamentos ou da migração campo-cidade, o que configura essa situação como diferente de outros momentos históricos, citada por Bursztyn no contexto de criação de Brasília.

A maioria dos entrevistados (59,9%) viveu em um número pequeno de cidades (até três cidades); 11,9% viveram em seis cidades ou mais, indicando um comportamento que pode ser caracterizado como o de "Trecheiro". Dos que já moraram em outra(s) cidade(s), 60,1% não dormiam na rua ou em albergue na

cidade anterior. Dos que já moraram e outra(s) cidade(s), 44,8% se deslocaram em função da procura de oportunidades de trabalho. O segundo principal motivo foram as desavenças familiares (18,4%).

Do total de indivíduos pesquisados, 48,4% estava há mais de dois anos dormindo na rua ou em albergue. Dentre aqueles que dormiam em albergue, estimou-se que o tempo de permanência seja elevado. Encontravam-se no tempo regular de permanência (1 até 6 meses) 30,4%, estavam há mais tempo 33,3%, e não informaram 36,3%. Grande parte dos entrevistados apresentou histórico de internação em instituições. 28,1% afirmaram já ter passado por casa de recuperação de dependentes químicos; 27,0% já estiveram em algum abrigo institucional; 17,0% admitiram já ter passado por alguma casa de detenção; 16,7% afirmaram já ter passado por hospital psiquiátrico; 15,0% dos entrevistados já estiveram em orfanato; 12,2% já estiveram na Febem ou instituição equivalente. Cerca de 60% das pessoas em situação de rua entrevistadas afirmaram já ter passado por, pelo menos, uma das instituições citadas; e 0,7% afirmou ter passado por todas essas instituições. Identificaram-se eventuais vínculos familiares das pessoas em situação de rua; 51,9% dos entrevistados possuíam algum parente residente na cidade onde se encontravam, porém 38,9% deles não mantinham contato com parentes e 14,5% mantinham contato em períodos espaçados (de dois em dois meses, até um ano). Os contatos eram mais frequentes (diários, semanais ou mensais) no caso de 34,3% dos entrevistados.

A população em situação de rua era composta, em grande parte, por trabalhadores: 70,9% exerciam alguma atividade remunerada, e esse é o principal elemento que diferencia a configuração atual desse contingente, eles se apresentam enquanto trabalhadores. Dessas atividades, destacaram-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador ou estivador (3,1%). Pediam dinheiro como principal meio para a sobrevivência apenas 15,7% das pessoas, o pedir ou a mendicância não é mais a principal forma de subsistência deste grupo, mas sim a reciclagem e outras estratégias. Esses dados são importantes para desfazer o preconceito muito difundido de que a população em situação de rua é composta somente por “mendigos” ou “pedintes”. Aqueles que pedem dinheiro para sobreviver constituíam minoria na pesquisa.

Desse modo, constatou-se que a maioria tinha profissão, ainda que não a estivessem exercendo no momento: 58,6% dos entrevistados afirmaram ter alguma profissão. Entre as profissões mais citadas, destacaram-se aquelas vinculadas à construção civil (27,2%), ao comércio (4,4%), ao trabalho doméstico (4,4%) e à mecânica (4,1%). Contudo, a maior parte dos trabalhos realizados situava-se na chamada economia informal: apenas 1,9% dos entrevistados afirmou estar trabalhando atualmente com carteira assinada. Essa não é uma situação ocasional: 47,7% dos entrevistados nunca trabalharam com carteira assinada. Entre aqueles que afirmaram já ter trabalhado alguma vez com carteira assinada, a maior parte respondeu que isso ocorreu há muito tempo (50,0% há mais de 5 anos; 22,9% de dois a cinco anos).

A grande maioria não era atingida pela cobertura de programas governamentais: 88,5% afirmaram não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais. Entre os benefícios recebidos, destacaram-se a aposentadoria (3,2%), o Programa Bolsa Família (2,3%) e o Benefício de Prestação Continuada (1,3%). O olhar atento sobre a realidade desse público permite concluir que as pessoas que vivem em situação de rua sofrem todas as formas de violação de seus direitos humanos, utilizando-se de diferentes estratégias para sobrevivência.

No entanto cabe entender que essa configuração atual das pessoas em situação de rua foi alterada a partir de cada região ou localidade, o que demonstra a estreita relação desse fenômeno com a questão cultural, econômica, social, mas, acima de tudo, histórica, em cada região do país.

### **3.1.1 Características e breve contexto histórico em Salvador**

Optou-se por trazer um pouco do contexto histórico da situação de rua em Salvador, através da análise histórica de Filho (1996). Para tanto foi necessário retornar a cidade do século XIX, para demonstrar que a situação de rua, não é um problema recente na cidade de Salvador e que tem nas suas origens históricas a libertação do escravo e sua existência como trabalhador livre. Segundo Ianni (2004), é a partir da libertação do escravo em 1800 e a emergência do trabalhador livre expropriado do seu trabalho e não absorvido na industrialização crescente, que emerge a questão social no Brasil, uma realidade que se acirra na década de 1920 e 1930. No contexto brasileiro a questão social, apresenta aspectos políticos,

econômicos e culturais que trazem o contexto histórico dos operários, camponeses, índios, contudo esta dissertação não pretende aprofundar a discussão em torno da questão raça e etnia, marcadamente importante no Brasil, mas avalia-se fundamental entender o aspecto histórico e cultural da cidade para entender como a situação de rua emerge atrelada a um dos seus primeiros trabalhadores, homens escravos, que carregam o estigma de ter que viver da caridade alheia e a situação de rua já presente desde o início do século passado.

Marx (1997) menciona que “a sociedade moderna que brotou das ruínas da sociedade feudal, não aboliu os antagonismos de classe. Não fez se não substituir novas condições de opressão, novas formas de luta as que existiram no passado” (p.2)

Sabe-se que a pobreza colonial como informa Martins (2002, p 15) difere da atual, mas certamente como afirma o autor tem lá suas raízes, pois ela se baseia em “efetivos critérios de exclusão, o trabalho do escravo era mecânico, não ocupavam cargos públicos, estavam mentalmente interditados”, não era uma relação riqueza e pobreza, mas condição social, não havia aí a ideologia da igualdade social, as pessoas eram desiguais porque nasciam desiguais. “[...] a posição que nascesse imputava privilégios” (p.15).

Filho (1996) apresenta o histórico da pobreza em Salvador no século passado, o que se torna um percurso interessante para reconstruir o histórico da situação de rua nessa cidade. O autor revela que, no século XIX, a cidade do Salvador era uma das maiores do Império, perdendo em importância apenas para o Rio de Janeiro. Nesse século, qualquer visitante, no primeiro contato com o mundo das ruas de Salvador, logo percebia a presença da pobreza.

Segundo o autor o que chama a atenção era como a pobreza era tratada no período, fontes oficiais revelam o desprezo pela “multidão” de pedintes e desempregados que esmolavam e vagavam pelas ruas de Salvador. Essa era uma das faces mais expostas e visíveis da pobreza urbana: a situação dos muitos pobres que suportavam silenciosamente sua miséria na condição de agregados em casas de família, ou da multidão barulhenta de vendedores ambulantes, serventes e diaristas que enchiam as ruas na luta cotidiana pela sobrevivência.

Eram as desigualdades sociais como já dito acima advinda pela posição que o sujeito nascia: a diferença de classe que dividia os baianos entre senhores e escravos, brancos e negros, ricos e pobres, não diferindo dos dias atuais nesse

ponto. A escravidão, até a década de 1830, atingia mais de trinta por cento da população. Sobre os escravos recaía o peso da produção e da maior parte da riqueza consumida e exportada pela província da Bahia, ou seja, entender a situação de rua no contexto de Salvador, requer entender sua configuração histórica. Segundo Martin (2002),

A exclusão é, própria das sociedades tradicionais, das sociedades estamentais, como foi nossa, aliás, durante todo o período colonial e o período imperial, e da qual sobrevivem fortes vestígios. Não só nas diferenças entre raças, entre brancos e negros e, até certa época, oficialmente, entre brancos e índios. Mas também, nas regulamentadas diferenças entre brancos e brancos, entre nobre e pobre, entre cavaleiros e peões. Uma distinção que entre nós sobrevive de vários modos com poder de discriminação, embora em nossa consciência social sobreviva apenas de um vocabulário que já parece ter sentido, embora tenha. (p.14)

Em Salvador, a grande maioria dos pobres ou já havia vivido a experiência da escravidão ou descendia de gente com raízes na África. Embora alguns poucos libertos, a duras penas, conseguissem se tornar proprietários, o contingente de pobres da cidade estava sempre sendo abastecido por grande número de escravos. A maior parte deles era obrigada a sobreviver de serviços esporádicos, do pequeno comércio ambulante e da mendicância.

Entre os senhores e os escravos, havia um contingente significativo de pobres livres e libertos.

Em Salvador, os trabalhadores livres tinham de disputar, quase sempre em condições desiguais, com os donos de escravos as limitadas oportunidades do mercado de trabalho. A escassez de empregos obrigava a maioria desse contingente a viver de ocupações passageiras e instáveis. Para muitos homens livres, era preferível viver na mendicância a se sujeitarem a relações de trabalho que os equiparassem à condição de escravos. Contrariadas, as elites viam nisso a expressão da vadiagem e da preguiça.

Estudos recentes sobre a Bahia do século XIX revelam uma sociedade muito desigual do ponto de vista da distribuição da riqueza.

Segundo Filho (1996), 90% da população baiana viviam no “limiar da pobreza”. Essa era a realidade da grande maioria dos trabalhadores braçais, dos carregadores, dos serventes, das lavadeiras, das ganhadeiras e da

infinidade de pessoas que mercadejavam doces, frutas e iguarias pelas ruas da cidade.

Vivia essa gente nas franjas de uma economia bastante instável. As permanentes oscilações do mercado de trabalho e dos preços dos gêneros de subsistência, juntamente com a baixíssima remuneração, tornavam quase impossível alimentar perspectivas de vida que ultrapassassem os estreitos limites da sobrevivência imediata. Para estes já era grande coisa garantir o “ganha-pão” de cada dia. Boa parte dessa gente era remunerada sob a forma de diárias ou jornais. Os limitados rendimentos tornavam impossível o acúmulo de reservas que pudessem, em conjunturas difíceis, oferecer segurança. Os livros de registros de esmolas da Santa Casa trazem referências a pessoas que, mesmo tendo profissão, declaravam precisar de auxílio para vestir-se ou alimentar-se (FILHO, 1996, p.26).

Os pobres neste período suportavam uma miséria visível para os que trafegavam pelas ruas centrais da cidade, fato que se agregava ao constrangimento causado pela pobreza.

A pobreza que vinha se avolumando no decorrer do século, estava muito além da capacidade de assistência prestada por particulares e por instituições de caridade. Ademais, somado a isso havia muita desconfiança em se favorecer os pobres adventícios. Essa resistência em favorecer os desempregados e itinerantes devia-se à suspeita de serem vadios e ociosos. O escravo não era reconhecido como trabalhador.

Ao longo dos séculos, incluindo boa parte do século XIX, os mendigos, mesmo quando objeto de repulsa e desprezo ainda, não eram vistos como vadios e tinham certa tolerância social, ligados que estavam ao cenário cotidiano da cidade.

Vê-se que nesse período a existência do pobre tinha outra função, além da acumulação de riqueza, mas a salvação dos mais afortunadas através da indulgência e ligado a uma simbologia sagrada.

Numa sociedade católica, eram eles que davam o toque de piedade aos funerais, festas e procissões religiosas e aos atos de caridade dos paroquianos. Essa atitude algo indulgente devia-se à sobrevivência em terras baianas de uma tradição medieval que tinha na piedade para com os pobres uma forma de expressar devoção para com Deus. Desde a idade Média a imagem dos pobres pedintes estava impregnada de simbologia sagrada. A mão da caridade para eles estendida extinguiu os pecados e assegurava a salvação da alma após a morte. Era como se eles tivessem de existir para proporcionar a salvação dos mais afortunados. (FILHO, 1996, p.35)

O quadro dramático que representavam esses acontecimentos expunha as contradições de uma sociedade profundamente desigual, mas que, ao mesmo tempo, não estava disposta a sequer diminuir as distâncias que separavam os ricos dos pobres. Ao contrário, estava se tornando mais intolerante em relação aos pedintes e desempregados que vagavam pelas ruas das cidades. No rastro dessa intolerância vinham as medidas repressivas contra a mendicância e a vadiagem.

A sobrevivência era garantida pela esmola do rico que, diante do desejo de salvação da alma, buscavam, de acordo com suas forças financeiras, incluir pedintes entre os beneficiários de seus legados. Em troca das esmolas, os benfeitores pediam que os indigentes os acompanhassem até à sepultura e rezassem pela salvação de suas almas pecadoras<sup>15</sup>.

A pessoa em situação de rua, na cidade de Salvador, podia deixar de ser tolerado desde que seu comportamento não se adequasse à imagem de humildade e resignação que dele era esperada. No que se refere à saúde dessas pessoas, o autor ainda acrescenta que a repugnância podia atingir também aqueles que sofriam de determinadas enfermidades, em especial a lepra<sup>16</sup>.

A oscilação entre piedade e repulsa, tolerância e intolerância adivinham da própria relação ambígua que a sociedade mantinha com os pobres pedintes. Em período de empobrecimento, a presença de uma multidão de pedintes da época pelas ruas sempre foi vista como ameaça à ordem social, esse é um elemento que se reproduz na história. O século XIX produziu diversos momentos em que as pessoas em situação de rua foram vistas como verdadeiros vilões. Neles, a piedade cedia lugar a repulsa e à intolerância.

O fato histórico relevante para este estudo refere-se à relação estreita entre as santas casas e as pessoas em situação de rua da época, essas instituições de saúde ligadas à igreja, historicamente contribuiriam para cadastros desta população.

---

<sup>15</sup> Ao final dos sepultamentos, roupas e dinheiro eram distribuídos na porta das igrejas. Este era mais um motivo para que estas, sobretudo matrizes e conventuais, fossem ponto preferido de reunião de mendigos e necessitados. Nas vilas do interior, os próprios parentes dos mortos cuidavam de repartir seus legados de caridade. Em Salvador existia o “capataz dos pobres”, reconhecido pelo governo, que coordenava e entregava as esmolas deixadas pelos testadores. Para os testadores, recorrer ao capataz dos pobres era um meio de garantir caridade para os realmente necessitados e, quem sabe, uma forma de poupar os parentes da difícil tarefa de distribuírem, às vezes, vultosas quantias com dezenas de pobres aglomerados nos adros das igrejas a disputarem alguns vinténs (FILHO, 1996, p.37).

<sup>16</sup> Então conhecida como o “mal de Lázaro” (FILHO, 1996).

Filho (1996) revela que os registros do Hospital de Caridade demonstram que muitos indivíduos eram reduzidos à mendicância<sup>17</sup> por força do aprofundamento da situação de pobreza. Os escrivães do hospital, muitas vezes, registravam em poucas palavras a trajetória de pessoas que, em outros tempos, tiveram até uma vida afortunada.

A instabilidade fazia com que alguns alternassem a vida de rua com a de assalariado. A mendicância era, para muitos pobres, uma forma de ganhar a vida, que dispensava os meios socialmente legitimados, mas que se mostravam menos dignos e, quem sabe, menos compensadores. Para muitos pobres, mendigar era mais honroso do que fazer “trabalho de escravo”. O fato importante é analisar que, mesmo em tempos remotos a situação de rua se relaciona as condições de vida e de subsistências das populações em meio a uma sociedade desigual.

Tomando como critérios o estilo de vida, a técnica e o local de esmola, o autor identificou algumas categorias de mendigos. Em primeiro lugar, havia o “pedinte de porta de igreja”, que fazia dos adros dos templos a base principal de sua ocupação. A própria postura da igreja e da burguesia soteropolitana em relacionar a indulgência, à esmola, já reforçava a busca por determinados locais, como promissores de subsistência. Vale ressaltar a característica que ainda se repete, desses locais serem áreas centrais da cidade.

O autor faz um resgate das atividades destes sujeitos, que retoma em certa medida algumas atividades que na atualidade também são exercidas pelas pessoas em situação de rua, como pedir. O “pedinte com freguesia certa” era, entre os pobres, a categoria mais refinada: não andava vestido de qualquer jeito e portava-se com mais discrição. É possível que assim o fizesse por constrangimento ou vergonha da pobreza. “Uma vez por mês (para não cansar), aparecia e recebia seu quinhão, agradecia sem muito rapapé e desaparecia, sem deixar rastro nem préstimo”. Além desses, havia o “pedinte de porta em porta”, também chamado de “devoto”. Sua feição era bem conhecida: cego, aleijado, velho inválido ou moço doente; sandálias, tamancos ou sapatos grossos, chapéu de palha bem grande como proteção ao sol e sempre trazendo mochila sobre o ombro ou jogada nas costas.

---

<sup>17</sup> A mendicância destacada neste trabalho refere-se ao ato de pedir para subsistência, sendo esta a principal atividade das pessoas em situação de rua no início do século em Salvador e que foi alterada na atualidade.



Uns imploravam “esmola para o seu devoto”, outros pediam “esmola para um cego”, outros ainda, mãos estendidas, “a pedir indistintamente, cantando monodias à caridade”. Outra forma de chamar a atenção das pessoas era esmolar acompanhado de criança. Na atualidade o estudo de Ataíde (2002, p 33) ao analisar as famílias em situação de rua nas praças de Salvador, demonstrou que a utilização de crianças para pedir ainda é uma prática muito utilizada na rua, inclusive tendo algumas famílias que tomam crianças emprestadas para este fim, as chamadas “falsas famílias”.

Filho (1996) analisa que no século XIX, havia algo legítimo em favorecer mulheres ou homens que traziam nos braços crianças suas ou de outras pessoas. Além do mais, chamavam a atenção das pessoas para a extrema carência do pedinte.

Os cegos, doentes, idosos e as viúvas eram considerados os mendigos verdadeiramente dignos de piedade. No entanto, a falta desses atributos legitimadores levava muitos pobres a exagerar e até simular moléstias. Além de viabilizar a sobrevivência esse expediente impedia que fossem confundidos com vadios (FILHO, 1995, p.46)

Como se pode perceber, a vida dessas pessoas não difere na atualidade, no que se refere à necessidade de criar estratégias que tornem viável sua sobrevivência em condições muito adversas. Ao apelarem para a piedade, as pessoas em situação de rua da época buscavam garantir a própria sobrevivência cotidiana. Mas era preciso antes convencer *seus* benfeitores de que eram dignos de caridade.

Assim, apesar de na atualidade o perfil apresentado anteriormente sobre as pessoas em situação de Rua no Brasil, demonstrar que somente uma pequena parcela desta população “pede ou mendiga”, o ato de pedir ainda é um recurso muito utilizado para as pessoas em situação de rua.

O autor afirma que era necessário também estabelecer relações com seus iguais, pois isso lhes permitia serem introduzidos no mundo da mendicância, sobretudo conhecer e ocupar os melhores pontos de esmolas e de repouso.

Para tirar bom proveito das obras de caridade, era preciso também conhecer os momentos de maior sensibilidade e predisposição dos benfeitores para doação de esmolas. O batizado, o casamento, as festas domésticas dedicadas aos santos de devoção, os funerais, eram todos momentos propícios.

No dia de Santo Antônio, os fiéis costumavam distribuir esmolas e pães com os pobres que se aglomeravam nas portarias das igrejas. Essa prática continua na Bahia, nas terças-feiras, no convento de São Francisco.

Na atualidade, verifica-se um aumento da população em situação de rua agora relacionado a festas de largo e carnaval, locais propícios para atender suas necessidades atuais, pois nesta época, existe um aumento de materiais recicláveis disponíveis para catação e alimentos desperdiçados, bem como a possibilidade de oferecer seus serviços como flanelinha, guardador de carro, dentre outras atividades. No entanto, as atividades de caridade exercidas pela igreja, ainda permanece.

No século XIX a escolha de um ponto de esmola devia obedecer a uma série de requisitos. Era preciso que fosse localizado em áreas de grande fluxo de pessoas, próximo aos benfeitores, às áreas comerciais e imediações de instituições que davam esmolas ou prestavam assistência hospitalar. As pessoas em situação de rua da época frequentemente utilizavam mais de um ponto de esmola, essa característica ainda permanece na atualidade.

Ao cair da noite, muitos dos pontos de esmola<sup>18</sup> convertiam-se em lugar de abrigo e repouso. A polícia dava frequentemente buscas neles à procura de vadios, criminosos e escravos fugidos que se misturavam com indigentes.

À busca de lugar seguro de repouso em vida se somava a busca de lugar seguro de repouso na morte. Estes sujeitos, sempre que possível, procuravam, garantir lugar digno para o descanso derradeiro. Era uma morte inglória morrer abandonado na rua.

O autor reconhece ainda não poder avaliar o tamanho e a proporção da população em situação de rua, mas as escassas fontes suscetíveis de quantificação permitiram, ao menos, traçar perfil aproximado de suas características. Recorreu aos livros de “Entrada e Saída de Doentes” do hospital da Caridade mantido pela Santa Casa de Misericórdia. Nesses registros minuciosos, as pessoas em situação de rua dividiam espaço com enfermos pobres que buscavam atendimento médico. A predominância de doentes provenientes das camadas mais baixas deixa claro que os mais afortunados não faziam muito caso do tratamento hospitalar, fosse para não

---

<sup>18</sup> Donativos voluntários direcionados a pobres, indigentes.

se verem confundidos com pobres e daí receberem tratamento inadequado, fosse para fugirem do infortúnio de morrerem na solidão de um leito de hospital.

Filho (1996), em seu estudo, cobre os primeiros sessenta anos do século XIX. Fez um levantamento sistemático dos mendigos que deram entrada na instituição entre os anos de 1847 e 1856.

Ao longo desses dez anos, encontrou que um total de 704 pessoa em situação de rua recorreu ao Hospital da Caridade. Muitos deles se encontravam em estado bastante precário de saúde, e 41% morreram no próprio hospital. Alguns eram recolhidos nas ruas.

Entre as pessoas em situação de rua que deram entrada no Hospital da Caridade, 58,8% eram mulheres. Apesar disso, essa proporção parece indicar que a indigência atingia homens e mulheres com a mesma intensidade. Segundo o censo de 1855, 56,3% da população era do gênero feminino.

A maioria dos hospitalizados (52,1%) já havia ultrapassado os 60 anos. Entre os internados, foram encontrados alguns que, apesar das privações da pobreza, conseguiram ter vida longa.

Muitos indivíduos eram reduzidos à indigência justamente no momento em que lhes faltavam forças para trabalhar.

Nas faixas etárias inferiores a sessenta anos, a mulher aparece sempre como contingente menor do que o homem, ao passo que, na faixa acima dos sessenta, ela ultrapassa o percentual masculino em expressivos 20%. A diferença é tão gritante que leva a acreditar que as mulheres ficavam bem mais desprotegidas na velhice. Ou seja, a velhice levava à pessoa em situação de rua em grandes proporções tanto homens como mulheres, mas o fazia com muito mais intensidade a elas.

Acredita-se que essa ampla maioria de idosos reflete muito mais a condição de pessoa em situação de rua hospitalizados do que a realidade da mendicância nas ruas. Segundo o autor, fontes policiais reiteradamente fazem referência a pessoa em situação de rua muito jovens. Como a tendência da sociedade era considerar mendigos apenas os incapacitados para o trabalho, muitos deles eram considerados “vadios” ou “vagabundos” imaginários que permeia a população até hoje. O destino deles era o serviço militar, a prisão ou deportação. Os sujeitos de faixa etária inferior a 21 anos aparecem apenas com 2,5% do total de indigentes internados no hospital e identificados pelo autor. Tinham menos motivos (doença) para ser internado e, talvez por isso, seu peso numérico estivesse abaixo da realidade.

Entre os que deram entrada no hospital, encontravam-se muitos ex-escravos alforriados.

Ademais, a sociedade escravista se caracterizou pela dilapidação permanente de sua população trabalhadora.

Os estudos demonstram que foram poucos os libertos que tiveram possibilidade de ascender socialmente. Muitos deles viviam mergulhados em dívidas contraídas para cobrir o custo de suas alforrias. A grande maioria era obrigada a sobreviver de biscates, vender comida e doces nas ruas. Muitos desses pobres eram levados a esmolar para viver.

Outra situação que atravessa a história é a dificuldade de apresentação de documentos por parte das pessoas em situação de rua, no século passado em Salvador isso dizia respeito à própria dificuldade do escravo obter sua identificação.

Caso não apresentasse documento comprovando sua condição de forro, ou não fosse conhecido pelo diligente chefe de cozinha, o indigente corria risco de não ser internado.

A palavra vadiagem algumas vezes podia significar “ocioso”, o submundo de “delinquentes” que viviam à margem do trabalho “honesto”, recorrendo a meios “ilícitos” de sobrevivência, tais como jogo e roubo. Podia remeter também à conduta transgressiva do jornaleiro, que interrompia seus afazeres em proveito das “vadiagens” e divertimento de rua. O termo vadio remetia às camadas livres pobres, tradicionalmente vistas como inclinadas para ociosidade e vadiagem. O termo sempre remetia aos homens pobres livres ou libertos que, sem ocupação permanente e moradia certa, enchiam os campos e as cidades do Império.

O vadio naquele período podia ser o desempregado ou o que mantinha vínculo inconstante com o mercado de trabalho; era o agregado da grande propriedade rural expulso.

A partir do contexto apresentado por Filho (1995), verifica-se que o perfil atual da situação de rua na cidade de Salvador é caudatário de um processo histórico. Nesse contexto, a mudança do trabalhador escravo para o trabalhador livre e desempregado e alguns em situação de rua é um elemento importante, no quadro apresentado pelo autor.

Outro elemento importante é a configuração histórica desse quadro no Centro Histórico de Salvador, viu-se que esse local concentra historicamente o maior número de pessoas em situação de rua, talvez por congregar maior número de

instituições comerciais ligadas a igrejas, santas casas etc., que atendiam e ainda atendem às necessidades básicas, como vestir, comer, dormir e de saúde das pessoas em situação de rua.

Emerge ainda nesse contexto histórico o paradoxo existente entre o trabalhador livre, que depende do trabalho para reproduzir-se mas que, no caso dos ex-escravos em Salvador, não encontram sua inserção na relação típica salarial; assim, para esses trabalhadores surge a necessidade de buscar outras alternativas que não o mercado formal, como venda de serviços informais ou apelo a estratégias caritativas. O escravo livre relaciona-se com a situação de rua, pois sua própria existência atualiza o papel do trabalhador, que, no processo de industrialização brasileiro, avançou para condição de trabalhador livre, porém despossuído de condições para automanter-se, confirmando o processo de inclusão precária inerente às sociedades capitalistas, devido às dificuldades históricas de transformá-lo em trabalhador assalariado, que passa a engrossar a massa sobrando, que se acumula no campo e na cidade com o crescimento do capitalismo brasileiro.

Na atualidade, dois estudos importantes envolvendo as pessoas em situação de rua no Centro Histórico de Salvador serão apresentados enquanto **pesquisas** censitárias municipais de 2002<sup>19</sup> e 2009<sup>20</sup>, estas levantaram o perfil desse contingente populacional, no entanto apresentam entre si dificuldades para sua comparação, considerando que os sujeitos e as metodologias foram diferentes.

Nesta dissertação, será aprofundado a pesquisa de 2009, mas vale destacar algumas diferenças entre as duas. Em 2002, foram identificadas 818 pessoas em situação de rua na cidade de Salvador e, em 2009, 2.076 pessoas em situação de rua na cidade; já na pesquisa nacional, 31.922,00 no total dos 71 municípios pesquisados, incluindo entre eles Salvador, que equivale a 0,061% da população total dos municípios pesquisados ou 50.000,00 se consideradas as contagens das cidades que as haviam realizado recentemente. Em ambas as pesquisas (2002 e 2009), o fenômeno da situação de rua foi caracterizado como eminentemente urbano, considerando suas maiores proporções, 90% em 2002 e 74% em 2009. A

---

<sup>19</sup> Diagnóstico sobre População de Rua na Cidade de Salvador, em 2002, pela Secretaria de Combate à Pobreza e às Desigualdades Sociais – Superintendência de Apoio à Inclusão Social.

<sup>20</sup> Relatório da pesquisa sobre a população em situação de rua no município de Salvador-BA, realizado em 2009 pela Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência Social e Direitos do Cidadão (Setad) e o Centro de Estudos e Pesquisas da Fundação José Silveira, com apoio do Ministério Público do Estado da Bahia.

relação situação de rua e violência é histórica e presente os dois contextos, um recurso utilizado a princípio pelos senhores e capataz, e na atualidade pela polícia, comerciantes, porém sempre legitimada pela omissão do Estado. A violência demonstrou ser a principal justificativa para não se querer dormir nas ruas, 69,3% em 2002 e 40,8% em 2009.

Quanto aos motivos de morar na rua, as respostas em 2002, indicaram como motivos problemas de saúde e sociais, como drogas (11%), alcoolismo (11%) e desemprego (25%). Em 2009, álcool alcançou um percentual de 37% que confirma os dados nacionais que encontrou alcoolismo e outras drogas 35,5% desemprego 29,8% problemas familiar 29,1%. Entre as principais atividades geradoras de renda nas duas contagens, verifica-se que esse público trabalha não tem mais como principal atividade somente “pedir”. Em 2002, as maiores proporções se referem como se viu no século passado, porém ainda é um recurso muito utilizado por estas pessoas fazer biscate (26%), guardador e lavador de carros (12%) e catador (6%) neste ano. Somente 35% pediam. Em 2009, constatou-se: pedinte (37%) e um aumento na realização de reciclagem (28,5%), guardador e lavador de carros (16,1%), na contagem nacional 58,6% informam ter alguma profissão; 15,7% pedem; e 27,5% são catadores. Observa-se aqui a confirmação da mudança no perfil desta população em relação a atividades que geram renda, apesar da mendicância ou pedir permanecer como alternativa, ela é mesclada com outras atividades relacionadas a carro, e a reciclagem vai crescendo gradativamente nas contagens.

Vale destacar que, em Salvador, em 2009, diferentemente do observado em outros momentos da história brasileira, a situação de rua é composta de trabalhadores. Em momentos anteriores, as migrações campo–cidade se destacavam como fator importante na determinação do fenômeno da população em situação de rua, conforme foi apresentado com o estudo de Bursztyrn (1997), em Brasília, o que refletia uma realidade nacional de migração para os grandes centros em crescimento.

Será detalhado melhor o Censo de 2009, para melhor entendimento da relevância do tema, retomando-se, em alguns momentos, porcentagens já apresentadas. Em Salvador, à semelhança do que acontece em outras grandes cidades do país, esse fenômeno encontra suas raízes, fundamentalmente, na área urbana, como foi visto com Filho (1995): nada menos que 90% dos entrevistados declararam como urbana sua última área de moradia e, mais que isso, 74%

originam-se da própria Região Metropolitana de Salvador (RMS) e aqui tiveram sua primeira experiência de viver em situação de rua. Apenas 16,8% dos indivíduos entrevistados nasceram em outras regiões da Bahia, e 9,2% em outras unidades da Federação ou em outros países.

Como foi dito, a maior parte era natural da Bahia (1.826 pessoas em 2009). Como centros de origem dos declarados imigrantes, destacam-se os estados vizinhos de Pernambuco e Sergipe, além de São Paulo, estado que, durante décadas, foi o principal destino dos fluxos migratórios de baianos. É bastante provável que ao menos uma parte desses indivíduos nascidos em São Paulo seja constituída de parentes de emigrantes do passado, os quais compõem sozinhos ou em família, os fluxos de migração de retorno que se acentuaram a partir da crise da década de 1990. Destacam-se ainda, como estados de origem de pessoas em situação de rua em Salvador, principalmente os estados fronteiriços de Pernambuco, Sergipe, Minas Gerais, Espírito Santo e Alagoas.

O mapeamento dos municípios baianos de onde se originam as pessoas em situação de Rua de Salvador revela que a maior parte dos que não nasceram na Região Metropolitana de Salvador (RMS) origina-se de relativamente poucos municípios, com destaque para alguns dos principais centros urbanos do interior: Feira de Santana, Ilhéus, Vitória da Conquista, Jequié, Itaberaba. É baixíssimo o número de naturais da região do São Francisco, a qual, segundo outras pesquisas, fornece parte importante da população de situação de Rua de Brasília.

O estudo assevera que nas últimas duas décadas e, em especial, nos anos de 1990 até 2003, processo de reestruturação produtiva, “[...] anos com baixas taxas de crescimento da economia e de rápido crescimento da população jovem, as taxas de desemprego de adolescentes e jovens explodiram na RMS”, chegando a atingir a marca de 44,1% de pessoas com idade de 18 a 24 anos no ano de 2003, por exemplo.

Constata-se também a presença dos chamados "andarilhos", que se deslocam frequentemente de uma cidade a outra, muitas vezes a pé, é pouco significativa, menos de 10% dos entrevistados já viveu na rua em três ou mais cidades.

Como foi dito, a construção e a reprodução da "situação de rua" é um processo complexo, que resulta da incidência de diversos fatores sobre o mesmo indivíduo, reforçando os efeitos negativos e desagregadores de cada um deles. Segundo os dados do Censo, 90% da população em situação de rua em Salvador declarou já ter

tido residência fixa, ou seja, são pessoas que já tiveram e perderam ou fragilizaram suas raízes, seus vínculos.

A leitura das respostas ao quesito "Motivos para ir morar na rua" permitiu à pesquisa de 2009 a aproximação desse processo de desenraizamento que acarreta com a "situação de rua".

Dos motivos encontrados, os mais frequentemente informados pelos entrevistados para explicar a situação em que se encontravam foram, em primeiro lugar, os "problemas familiares e afetivos" (opção citada por 50,6% dos entrevistados), como o conflito com a família de origem pai, mãe e irmãos, abandono na infância, separação conjugal ou decepção amorosa, esses levam ao rompimento ou à fragilização extrema dos vínculos familiares. "Alcoolismo e drogas" foi uma opção citada por 34,2% dos entrevistados, e foi o segundo motivo mais relevante; foi o "desemprego", a terceira (21,1%) dos entrevistados. Dentre os outros motivos citados, a pesquisa identificou a "perda de moradia", referida por 10,8% do total.

Algumas diferenças importantes foram identificadas associadas à idade associadas à trajetória vivenciada. Por exemplo, crianças, adolescentes e jovens destacam problemas familiares, drogas e violência, como fatores determinantes para a situação de rua, ou recorrem à alternativa "opção própria". Já entre os mais velhos, pessoas com 30 anos ou mais, apresentam os "problemas familiares", mas o mais relevante é o "desemprego" e à "perda de moradia". Cai também o peso do álcool e das drogas. Isso demonstra quanto o fator trabalho é determinante nessa situação e de que forma a desigualdade inerente à lógica da acumulação do capital, apresentada no primeiro capítulo desta dissertação, influencia a situação de rua através da existência do desemprego estrutural e precarizado interferindo nas formas e relações de trabalho, que se dão também com a inclusão precária de certos grupos a serviços sociais fundamentais, tais como moradia, educação, saúde, etc.

Os resultados do censo de 2009, ainda problematizam que outra dimensão também importante, na análise do fenômeno situação de rua, é o tempo de permanência nas ruas, porque ele tanto permite identificar as conjunturas em que a expansão da população de rua foi mais acentuada como permite caracterizar melhor essa população, ou melhor, seu grau de imersão na vida da rua e, conseqüentemente, de afastamento da família e outros vínculos sociais.



Quase 80% da população em situação de rua em Salvador já estão morando nas ruas há dois ou mais anos, e cerca de 60% há cinco anos ou mais; chama a atenção o fato que o longo período de vivência das ruas não se refere apenas aos adultos e aos mais velhos, pois aproximadamente 75% das crianças e adolescentes com até 17 anos também moram na rua há pelo menos dois anos, e 1/3 deles há mais de cinco anos, pode-se afirmar que parte delas praticamente nasceu nas ruas e outra parte os adolescentes está a caminho de se tornar adulta sem outras vivências e referências relevantes que não aquela experimentada nas ruas.

Entre os jovens de 18 a 29 anos, o contingente que se encontra há pelo menos dois anos em situação de rua alcança 80% do total, sendo que, para 57,5% deles, viver na rua é uma experiência que já dura cinco ou mais anos. O que se observa, portanto, é um quadro de cristalização da condição de pessoa em situação de rua, um indicador da gravidade do problema e dos desafios colocados para as políticas públicas concebidas para seu enfrentamento.

Os dados do Censo da População em Situação de Rua de Salvador em 2009 contribuem para a explicitação de um quadro de extrema pobreza das famílias e sujeitos, acompanhado de um quadro de proteção mínima num contexto de desemprego elevado e estrutural, baixos rendimentos, elevado déficit habitacional, forte penetração do tráfico e consumo de drogas nas áreas residenciais das camadas mais pobres, acentuação dos níveis de violência e dos índices de criminalidade que tais fatores propiciam. A multiplicidade de causas que se articulam e se retroalimentam impõe uma política pública de caráter necessariamente intersetorial para o enfrentamento dessas que é uma das mais extremadas manifestações da questão social.

Quanto as principais características, a população em situação de rua recenseada em Salvador é predominantemente masculina (79,8%), composta, por homens jovens em idades que correspondem ao auge da vida produtiva, ou seja, trabalhadores aptos ao trabalho, como já dito, este fenômeno também em Salvador não se configura como lumpemproletariado, desvalidos, inválidos para o trabalho ou, mas como trabalhadores em idade ativa. Esse perfil de sexo e idade da população em situação de rua não difere muito do que vem sendo encontrado por outras pesquisas e pelos dados do Censo Nacional (2008).

Os adultos entre 30 e 49 anos somavam 40,6%, e os mais velhos, com 50 anos ou mais, 11,4% do total, com a forte predominância masculina. Já as mulheres,

representam apenas 20% da população recenseada, a proporção de jovens entre 18 e 24 anos é ainda mais acentuada do que entre os homens (42,6%). Observe-se que, ao contrário dos homens, a maior parte das mulheres vive na rua em companhia de familiares.

Dessa população que vivencia os níveis mais elevados 10,5% são crianças e adolescentes com até 17 anos, que somavam, em outubro de 2009, 208 indivíduos vivendo com parentes ou sozinhos.

No quesito cor, os que se autodeclararam como pretos e pardos (negros) somam 85% das pessoas em situação de rua de Salvador, um percentual um pouco superior ao peso desse grupo na população metropolitana (83,2%), segundo o IBGE.

As pessoas em situação de rua da cidade são, em sua maioria, pessoas com escolaridade muito baixa: 1.598 dos 2010 recenseados (79,5%) tinham apenas o ensino fundamental incompleto, crianças, adolescentes, jovens e adultos pertencentes a gerações menos escolarizadas constituem parcela expressiva dessa população, tais números sugerem que o abandono precoce da escola é um dos elementos do processo de vivência na rua, o que vem levando muitos adolescentes e jovens a essa situação, que nos remete a discussão já iniciada nesta dissertação sobre o aspecto político do vínculo. De outro lado, chama-se a atenção para a presença, mesmo que minoritária, de pessoas com escolaridade mais elevada entre os entrevistados de Salvador (cerca de 10% dos entrevistados declararam ter, pelo menos, o Ensino Médio), o que sinaliza para processos que atingem até mesmo segmentos antes relativamente protegidos experimentando as formas mais extremas de espoliação.

Outras características investigadas pelo Censo foram o estado civil (a maioria, 80,5%, declarou-se solteira); a orientação sexual (75% dos entrevistados se declararam heterossexuais e 6% gays, lésbicas, travestis e transexuais, 4,5% indicaram a opção “outros” e 10,5% responderam “não sabe”). Cabe observar que a orientação sexual foi um dos motivos assinalados para explicar o fato de encontrar-se em situação de rua e que alguns entrevistados informaram nas questões abertas, a não aceitação, pela família, de sua opção. Quanto ao credo religioso, 52% declararam-se católicos, 20% evangélicos, e 21,7% assinalaram “outros”. As opções espírita e candomblé foram assinalados apenas por,

respectivamente, 2,1% e 2,6%, mas na leitura desses percentuais deve levar em conta o sincretismo religioso.

A condição de fragilidade da população em situação de rua é reforçada por outro indicador que evidencia o grau de inclusão precária: grande parte dela sequer dispõe dos documentos básicos indispensáveis para atos civis e ao exercício da cidadania política, razão pela qual "tirar os documentos" aparece entre as sugestões dos entrevistados para mudar de situação, sendo a perda dos documentos também citada como um dos fatores que contribuíram para entrar nessa situação.

Segundo os dados do Censo de 2009, a população em situação de Rua em Salvador estava concentrada, sobretudo, em algumas áreas da cidade caracterizadas pela concentração de comércio e de outras atividades produtivas, provavelmente pela maior circulação de pessoas e veículos. São ruas, praças e bairros onde são mais numerosas as oportunidades para a obtenção de renda e de alimentos através do trabalho ou de doações ou em que são encontrados equipamentos e serviços que atendem a esse segmento da população (abrigos, hospitais, casas de passagem, entidades religiosas, ONGs etc.) e o acesso à água potável e para banho, fato que confirma a constatação de estudos anteriores, segundo os quais os centros são as regiões mais utilizadas por esse segmento. Fatores que também influenciam a distribuição dessa população na cidade são a arquitetura urbana, mais ou menos propícia para o pernoite, a reação da população residente ou proprietária de negócios e imóveis em cada área e, também, a intervenção dos poderes públicos na regulação e controle do uso do espaço urbano.

Alguns desses fatores explicam a atração que as áreas centrais exercem sobre a população pesquisada. Densamente ocupadas por escritórios e comércio e com grande pressão dos automóveis sobre espaços relativamente reduzidos durante o dia (e desertos durante a noite), nelas a população de rua disputa com trabalhadores informais com residência fixa as oportunidades de renda oferecidas pelo grande descarte de materiais recicláveis e as opções abertas para os serviços de guardadores e de lavadores de carros. Além disso, essa população beneficia-se da grande concentração de restaurantes com os quais, em alguns casos com frequência, são estabelecidos pactos que lhe asseguram o acesso à sobra de alimentos descartados ou que simplesmente lhe abrem a possibilidade de retirar alimentos diretamente do próprio lixo.

Quanto ao trabalho, ele não aparece como causa principal da situação de rua, mas é o principal meio de acesso à renda para os entrevistados pelo Censo. Evidenciando a configuração de um novo perfil de morador de rua a partir dos anos de 1990, bastante diferente da imagem vigente há poucas décadas (mendigos, velhos e doentes), nada menos que 80% dos indivíduos em situação de Rua em Salvador declararam ter no trabalho a principal atividade geradora de renda, embora não exclusiva. A população em situação de rua da cidade é formada, sobretudo, por trabalhadores submetidos a níveis extremos de precarização, uma parte (minoritária) da qual também busca a mendicância e a prostituição como formas de acesso à renda. Esse perfil da população em situação de rua foi encontrado também pelo Censo Nacional, mas, nele, o percentual dos que trabalham (70,9%) é proporcionalmente inferior ao encontrado no censo de Salvador.

As atividades de catação de materiais recicláveis e a prestação ou oferta de serviços a proprietários de automóveis respondem por 73,7% das atividades remuneradas da população em situação de Rua de Salvador. Também aqui, o caso de Salvador não difere do que é observado em outras metrópoles brasileiras a partir da década de 1990, quando a coleta de lixo reciclável se tornou uma atividade vinculada a uma cadeia produtiva que vem se estruturando e modernizando e se expandiu, nessa década, com base no trabalho precarizado, perigoso, pesado, sujo e mal remunerado de milhares de trabalhadores, dentre os quais aqueles que vivem em situação de rua. A importância da utilização dessa mão de obra para assegurar a competitividade do setor é reconhecida por seus próprios representantes: “A mão de obra barata faz com que a logística reversa, realizada no Brasil, esteja – em vários setores entre as mais baratas do mundo” (ABIRP<sup>21</sup>, 2008).

E é através da principal atividade exercida pelas pessoas em situação de rua na atualidade, a reciclagem, que esse grupo populacional participa do processo de acumulação de riqueza, porém sem se beneficiar dos direitos ou privilégios que lhe cabem. Essa constatação rebate a razão dualista, que insiste em chama-los de marginalizados no processo produtivo, constata-se que eles estão no centro gerador de riqueza, só não usufruem de seus resultados.

Estudos como o de Waldman (2010) demonstram a importância econômica da reciclagem no Brasil como geradora de riqueza. Estatísticas do Cempre (2009) já

---

<sup>21</sup> Associação Brasileira de Indústria Recicladora.

informavam que, no Brasil, em 2005, já haviam sido recicladas 96% de latas de alumínio, contra 91,7% no Japão, 88% na Argentina e 52% nos Estados Unidos e 52% na comunidade europeia. Trata-se de uma primazia mundial geradora de riqueza e que tem como trabalhadores as pessoas em situação de rua. As recicladoras realimentam parte importante do próprio mercado de embalagem de onde os resíduos se originam. O autor afirma que:

Bem mais relevante que os programas oficiais, o fluxo que de fato abastece a indústria recicladora provém da catação. Seguramente a reciclagem é alimentada por um circuito alternativo da economia que desafia as linhas clássicas de interpretação do fenômeno da recuperação dos materiais, sendo sua vitalidade contraditoriamente sustentada pelo grau cada vez mais acentuado de informalidade da economia urbana contemporânea (WALDMAN, 2010, p.185).

O autor ainda afirma,

Asseguradamente, encontramos evidência de que o vigor da catação e, por extensão, da atividade recicladora, está alimentado pela absorção incessante de novos quadros de trabalhadores informais. No Brasil, catadores, somavam em 150.000 pessoas em 1999, passando para 200.000 em 2001 e 500.000 em 2004. Atualmente, formam um conjunto estimado entre 800.000 (estimativa Cempre, 2008) e 1 milhão de pessoas (cálculo do Movimento Nacional dos Catadores de Recicláveis, 2008) (WALDMAN, 2010, p.185).

A reciclagem também tem uma dimensão ecológica. Segundo Zaluar (1994, p.24), as pessoas em situação de rua são: “inconscientes precursores da ecologia, ajudam a preservar muitas árvores sem ganhar o crédito por isto, numa das atividades mais mal pagas nas cidades: a de catador de papel”.

No exercício dessas atividades, apenas 1% dos entrevistados declarou ter emprego com carteira assinada. A maioria não respondeu qual o tipo de vínculo, mas outras informações levantadas na pesquisa mostram que a inserção desses trabalhadores no mercado de trabalho de Salvador ocorre sob a forma de trabalho autônomo. Ou seja, muitos se misturam, competem e até podem ser confundidos com a parcela mais pauperizada do “informal” de rua que, ao contrário dos entrevistados, tem domicílio fixo. Quanto ao tempo de vínculo com ou na ocupação atual, cerca de 50% declarou mais de um ano e quase 30% mais de quatro anos, indicando que as estratégias de sobrevivência de uma parcela dos trabalhadores em situação de rua permitem que eles conquistem uma certa estabilidade na

precariedade. Mais uma vez, aqui é possível encontrar semelhanças com os demais trabalhadores do chamado setor informal, que têm a rua como espaço de trabalho. Com o passar do tempo, os mais bem sucedidos vão construindo redes de relacionamentos necessárias com e os seus integrantes, passando a controlar determinados espaços da cidade e subindo na hierarquia da rua, que também possui seus líderes geralmente os que têm mais tempo de vivência na rua, os quais foram identificados pelos entrevistadores do Censo.

Os trabalhadores da reciclagem em situação de rua são desse modo, úteis e necessários para o processo de acumulação e, apesar de experimentarem um processo de inclusão precária e não reconhecidos ou valorizados como trabalhadores, mantêm relações regulares com a da economia formal, através da atividade de reciclagem. Entretanto, embora regular, essa atividade não lhes abre oportunidade para planejar o futuro, pois sua vida é marcada pela insegurança e pela instabilidade, o que os leva a gastar imediatamente o que ganham, pois podem ser removidos do lugar onde estão não têm onde guardar seus pertences, correndo, cotidianamente, o risco de perdê-los. Os rendimentos auferidos nessas atividades são extremamente baixos, situando-se no patamar inferior de renda dos ocupados da Região Metropolitana de Salvador. Quase todos os que responderam informaram uma renda mensal inferior ao salário mínimo<sup>22</sup> e quase metade declara ganhar menos de  $\frac{1}{2}$  salário mínimo, enquanto, entre os ocupados da RMS, o percentual com esse patamar de rendimento mensal era de 12,1% em 2008. Os baixos níveis de renda auferidos nas atividades extremamente precárias que realizam os inserem no público-alvo dos programas de transferência de renda.

Portanto 71% da população em situação de rua em Salvador concentra-se em áreas de ocupação mais antiga. Fator histórico, como foi visto no estudo de Filho, tanto na Cidade Baixa como na Cidade Alta. A grande área denominada na pesquisa de Cidade Baixa concentra sozinha, 30,8% dos entrevistados, em especial em alguns logradouros dos bairros de Roma, Mares, Comércio, Av. Contorno e Calçada. No Centro Histórico e adjacências, foi recenseado um contingente que corresponde a 24,2% do total, a maioria dele em Nazaré, Baixa dos Sapateiros, Pelourinho, Barroquinha, Barbalho e Sete Portas. A terceira área com maior presença de população em situação de rua é o Centro (na Cidade Alta),

---

<sup>22</sup> No período de 2009, o salário mínimo equivalia à R\$465,00 (quatrocentos e sessenta e cinco reais).

sobretudo na Avenida Sete de Setembro, na Piedade e no Campo Grande. Por fim, uma extensa área formada pelo trecho mais antigo da orla de Salvador – da Barra à Pituba concentra outra parcela significativa da população em situação de rua, recenseada em outubro de 2009, se considerados os dados de 2013 da SEI, já apresentados, a partir de tais dados, constata-se que, no Centro Antigo de Salvador, encontra-se a região que apresenta a renda advinda do trabalho mais alta de Salvador e uma presença de pessoas da classe média. Trata-se dos grandes contrastes, advindos de diferenças de classe, pois, em uma mesma região, coexistem tempo pessoas de renda bastante diferenciada, fruto de condições políticas, econômicas e sociais historicamente construídas.

As pessoas em situação de Rua em Salvador refletem as características encontradas em outros centros, pois se trata de uma população masculina, não absorvida pelo mercado de trabalho formal, que vive na informalidade, exercendo atividades de biscate, flanelinha e, principalmente, reciclagem. E é essa última atividade que faz com que esses sujeitos participem do processo da acumulação capitalista e produção de riqueza. Considera-se que são trabalhadores que longe de estar à margem do processo produtivo, como é analisado pela perspectiva dualista, estão no centro das atividades geradoras de riqueza social, porém não se beneficiam dessa produção, pois ainda não apresentam organização política suficiente que demonstre uma consciência de classe e não usufruem dos direitos sociais.

Outra característica importante é o distanciamento da família, ao lado da pobreza, que é a característica principal. Quanto ao aspecto de saúde, essas pessoas apresentam como característica importante o uso de álcool e drogas agravados pela violência que é historicamente direcionada a este fenômeno. Para mudar essa realidade, verifica-se um caminho longo. Segundo Martins (2002, p.14) “a alternativa tem sido políticas sociais compensatórias, sem dúvida necessária, nessa circunstância, por meio das quais se procura atenuar os efeitos danosos do modelo econômico”. O autor afirma que não estamos vendo um novo dualismo ao verificarmos essa situação, mas uma sociedade que exclui e ao mesmo tempo inclui e integra, criando formas desumanas de participação, pois efetiva privilégios e não direitos, em especial o direito a saúde.

## 4 O DIREITO À SAÚDE

*O caminho do inferno está pavimentado de boas intenções.*

(Karl Marx)

Sobrevivendo em condições extremamente adversas, a população em situação de rua está sujeita a agravos físicos e psicológicos que afetam negativamente sua condição de saúde e ameaçam sua própria sobrevivência, sem que encontrem por parte do Estado e dos serviços a atenção eficaz a sua saúde.

Com a proposta de apresentar uma análise do acesso das pessoas em situação de rua aos direitos sociais, que integram a proteção social a partir de 1988, este capítulo começa por analisar a saúde como um direito básico de cidadania, discutindo seu contexto, a trajetória e a conjuntura desse direito no Brasil e como, inversamente ele vem sendo negado às pessoas em situação de rua.

### 4.1 PROTEÇÃO SOCIAL, POLÍTICA DE SAÚDE E O SUS

O conteúdo apresentado até aqui, sobre capitalismo, pobreza e desigualdade, buscou promover uma reflexão sobre a falta de acesso de parcela da população a direitos fundamentais, como o direito à saúde, garantido constitucionalmente, dentre eles o artigo quinto e sexto, mas que no caso das pessoas em situação de rua não se efetivam. A Constituição de 1988 garante que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança (CF, art. 5º).

A garantia de direitos é fundamental para atender aos problemas de saúde deste grupo, definidos no perfil nacional e nas pesquisas locais, e que se apresentam de várias formas, enquanto manifestações orgânicas, alcoolismo, uso de outras drogas, transtorno mental, doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, dentre outras doenças atrelada as condições sociais como a violência, emocionais e psíquicas e que efetivamente se manifestam enquanto expressões da questão social, advindas das condições estruturais políticas, econômicas.

Telles (1999) ao analisar os direitos sociais menciona que este é o dilema mais crucial do mundo atual, em especial por se considerar a desigualdade acirrada pelo



processo de reestruturação produtiva que desafia a universalização de direitos, pretensamente colocada na Constituição Federal de 1988.

Couto (2004) afirma que a introdução dos direitos sociais, são enunciadores da relação entre Estado e sociedade, atrelado ao projeto de Estado social, uma forma de enfrentamento da questão social, ela se insere na conquista dos direitos.

A construção dos direitos sociais, segundo Marshall (1967) ao analisar a sociedade inglesa, se deu no século XX e exerceu pouca influência direta sobre a desigualdade social. Do conjunto de direitos instituídos a partir do século XVII, o autor analisa que **os direitos civis** deram poderes legais ao povo, cujo uso foi drasticamente prejudicado por preconceito de classe e falta de oportunidade econômica.

**Os diretores políticos** deram poder potencial cujo exercício exigia experiência, organização e uma mudança de ideias quanto às funções próprias de Governo. Já os **direitos sociais** compreendiam um mínimo e não faziam parte do conceito de cidadania. Grifo nosso. (MARSHALL, 1967, p.88)

Nesse contexto, segundo o autor, após o século XX, ocorre um avanço nos direitos sociais, muda-se o princípio igualitário expresso na cidadania surge um, apanhado de serviços sociais surgidos no século XX que tornaram as desigualdades mais aceitáveis.

O princípio dos serviços sociais é o mínimo garantido. O Estado garante o mínimo de certos bens e serviços (assistência médica, jurídica, educação, moradia, salário mínimo) a serem gastos com bens e serviços essenciais.

As pessoas são livres para ultrapassar o mínimo por suas qualidades próprias. “[...] eleva o nível inferior mais não limita automaticamente a superestrutura”. (MARSHALL, 1967, p.93). No entanto, os direitos sociais na sua forma moderna implicam invasão do contrato pelo status, pela subordinação do preço de mercado a justiça social, que substitui a barganha livre por declaração de direitos.

Couto (2004, p.34) defende que há dois paradigmas para entender a conquista dos direitos sociais. O primeiro é o jus naturalista, que em linhas gerais defende a ideia dos direitos serem inerentes à condição humana, onde somente pelo fato de pertencer a natureza humana torna-se condição apriorística de possuidor do direito e o segundo, está relacionado ao entendimento do direito relacionado ao movimento histórico, esse entende a construção do direito a partir de um homem concreto,

histórico, advindos de lutas e determinações “culturais, sociais, políticas e econômicas.

Couto (2004) ainda chama a atenção que outra discussão que se impõe enquanto campo de luta na contemporaneidade é quem é o portador do direito, mulher, índios e outros ou seja os direitos são instrumentos importantes na luta pela justiça social.

No Brasil, a construção dos direitos sociais se deu após 1930, no entanto a discussão que se retoma e que é importante para esta dissertação é que desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos, da ONU em 1948:

[...] os direitos sociais foram reconhecidos, junto com os direitos civis e políticos. Importante que se mencione que dentro do elenco de direitos humanos um dos mais relevantes e importantes foi o direito ao trabalho, direito ao salário igual por trabalho igual, direito a previdência na velhice [...] direito a uma renda condizente com vida digna, direito a repouso, lazer, direito a educação [...], saúde, assistência social dentre outros (p.173).

No entanto, discute-se a alta defasagem entre os princípios igualitários, já tardiamente incorporados no Brasil e a impotência de alterar a ordem do mundo, desenvolvida também sobre as pessoas em situação de rua. Telles (1999) chama a atenção sobre a necessidade de deslocar a discussão dos direitos sociais para o terreno dos problemas que a própria garantia deste direito coloca na atualidade, especialmente após 1980, com a emergência dos regimes democráticos, quando inaugura-se um novo patamar de relação entre Estado e sociedade. A partir desse contexto de reformas políticas, propostas na constituição de 1988 o alargamento do direito social e as lutas dos trabalhadores põem em cheque os modelos de proteção social, onde coexistem as mudanças no mundo do trabalho, precarização das relações de produção e ao mesmo tempo um vazio entre o mundo social e o mundo público da proclamada cidadania, “uma disjunção entre discurso de igualdade, o universo público da cidadania e a realidade posta pelo conjunto de desigualdades”.

Esse vazio, segundo Telles (1999, p 178), também advém dos direitos que não são analisados pela ótica ou vivência dos sujeitos que pronunciam essa opressão, assim esses direitos atendem a um mandato legal, mas não respondem as necessidades e carências reais dos sujeitos. Sustenta que “para além das garantias formais inscritas na lei, os direitos estruturam uma linguagem pública que baliza os critérios pelos quais os dramas da existência são problematizados em sua exigência

de equidade e justiça”. Então, nessa discussão o direito deve ir além das defesas corporativas de vários sujeitos, pois existe um dissenso entre,

[...] o reconhecimento da espoliação dos trabalhadores, tais como a miséria dos sem terra, o desamparo das populações nos bairros pobres, as humilhações dos negros [...], ou seja, relacionada a condição de classe, de cor e de idade e a condução política. Esses grupos são atendidos pelo discurso humanista mais questionado quando os sujeitos que vivenciam essas diferenças são ouvidos, ou comparecem na cena política (TELLES, 1999, p.180).

Esses sujeitos surgem como problemas sociais, que apresentam questões possíveis de serem gerenciadas tecnicamente e isto forma o dissenso atual nos direitos sociais instituídos e, por exemplo, a realidade de pessoas em situação de rua. A autora ainda chama atenção que o universo apresentado por estes sujeitos:

[...] deserdados da sorte construídos como fracos, vítimas, sofredores, etc. Existe como um abismo entre o discurso da cidadania, o discurso humanitário e o discurso tecnicamente fundado entre igualdade e justiça, esses não convergem em suas objetivações, especialmente quando se analisa os sujeitos “falantes” na cena política (p.183).

Ao analisar um dos direitos sociais que é o direito a saúde, nota-se que saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, pois esse conceito depende de aspectos sociais, religiosos, filosóficos e de classe social, ou seja, ter saúde não é só a “ausência de doença”, a partir da discussão iniciada em 1980, no bojo da reforma sanitária, reconhece-se saúde como um direito amplo. Segundo a Organização Mundial de Saúde a “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

No entanto, segundo Cohn (2010, p.13), o direito à saúde é historicamente marcado pela diferença de classes e especialmente pela distinção original de inserção dos sujeitos ao mercado de trabalho. A saúde pública convive de forma complementar com a assistência médica individual e filantrópica e previdência social e depois com a rede pública; nessa complementariedade, subjaz a questão do coletivo contraposto ao individual e do curativo contraposto ao preventivo.

Com o avanço do atual texto constitucional de 1988, a saúde demonstra um certo avanço e extrapola a concepção de seguro social, que restringe este direito a benefícios e prestação de serviços e passa abranger “um conjunto integrado que relaciona a saúde também ao direito à previdência e assistência social. A saúde pela

carta constitucional passa a ser direito de todos e dever do Estado e abrange um leque de fatores, sociais e ambientais, tais como alimentação, saneamento, habitação, renda, trabalho, lazer, que se torna condição necessária para se ter saúde.

Art. 6º – São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p 105).

O novo conceito de saúde coletiva, consolidado em 1988, compreende não apenas as queixas do indivíduo, tampouco apenas dimensão coletiva, epidemiológica, traduzida em números e prevalências de enfermidades, mas configura seu significado no conjunto das representações sociais e reivindicações políticas dos sujeitos, como “[...] uma totalidade social que resulta das relações dos grupos sociais [...], mediadas pelo processo de trabalho e doença e tem uma historicidade das relações sociais, econômicas, políticas e ideológicas” (MINAYO, 2010, p.127).

No entanto, verifica-se que a questão social atravessa a saúde, advinda das desigualdades inerentes ao modo de produção capitalista. Bravo (2008) afirma que a questão social na saúde, já colocada desde a década de 20, precisava ser enfrentada de forma mais sofisticada, transformando-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem de algum modo os assalariados urbanos como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. Esse processo, sob o 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.

Sobre a política de saúde<sup>23</sup>, Paim (1994) defende que é um conceito amplo, que abrange questões de poder em saúde, natureza, estrutura, relações e distribuição de serviços. Porém também diz respeito a estabelecer diretrizes, planos e programas de saúde. Neste sentido, existem no conceito de saúde pelo menos três concepções imbricadas: uma que se relaciona a princípios, propósitos e

---

<sup>23</sup> São políticas do governo, autarquias e outros setores que definem prioridades e parâmetros para a ação: i) na resposta a necessidades de saúde; ii) na distribuição de recursos para a saúde, na potencialização de impactos positivos para a saúde, ou mitigação de impactos negativos, da resposta a outras prioridades políticas (GLOSSARY; WHO, 1998).

decisões políticas; outra que se relaciona à ideia de poder e sua redistribuição no setor saúde; e, por último, um sentido que se refere às formas de intervenção do Estado e relaciona-se as práticas de saúde e os problemas de saúde da população.

Nessa discussão, define política de saúde como “[...] ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade” (PAIM, 1994, p.598).

O conceito assumido pelo autor é importante para este trabalho, pois traz, em seu conteúdo, a forma como a má gestão da política de saúde por parte do Estado reflete-se na vida dos sujeitos, e como isso se altera através de determinadas conjunturas, a partir do investimento público.

Segundo o autor, a política de saúde no Brasil pode ser definida por cinco conjunturas: a República Velha (1889 a 1930), a Era Vargas (1830 a 1964), a fase do autoritarismo (1964 a 1984), a Nova República (1985 a 1988) e o período da pós-Constituinte (1989 a 2002). Não é intenção deste trabalho detalhar as diversas conjunturas, mas entender especialmente a atenção dispensada à população em geral nesse período, as principais enfermidades. A saúde constitui um dos meios de vida para estes sujeitos, a partir de suas situações adversas de subsistência eles necessitam ter acesso a medicamentos, tecnologias que atendam a suas particularidades de saúde.

Marx (1975) afirma que:

[...] o homem necessita possuir meios de vida, além dos meios de produção. Assim, o estado de saúde, as energias, os nutrientes [e poderíamos acrescentar contemporaneamente os medicamentos, tecnologias, ambientes, etc.] constituem-se meios de vida consumidos e incorporados no processo de produção. Ou seja, “para a sua conservação o ser vivente necessita de uma certa soma de meios de vida” e “o valor da força de trabalho é o valor dos meios de vida necessários para assegurar a subsistência de seu possuidor (p.124).

No Brasil, a saúde é tratada como política voltada para uma minoria privilegiada, o que a torna excludente e discriminatória, por não abranger toda a população.

Grande parte da população, ao longo da história buscava a cura através da medicina popular advinda de pajelanças e dos boticários; enquanto isso, os

cafeicultores eram assistidos pelos médicos vindos de Portugal. Essa dicotomia indicava um processo contraditório, oriundo de diversas classes. A partir do século XIX, com a chegada da família real, embora os direitos à saúde ainda fossem restritos a interesses individuais, empreendem-se alguns avanços na saúde.

Foi a necessidade imposta pelo processo produtivo que alterou essa realidade da história brasileira, medidas específicas foram tomadas para o controle de doenças relacionadas a esse contexto desde a abolição da escravatura em 1888 e a liberação da mão de obra escrava, e deu-se início a um processo imigratório de mão de obra remunerada, acarretando o crescimento populacional em um país que notadamente estava despreparado no que se refere à estrutura básica de saneamento. Essa situação possibilitou a disseminação das epidemias, requisitando do governo ações sanitárias que visavam, acima de tudo, proteger os interesses econômicos vinculados a esse novo contingente de trabalhadores. Em linhas gerais, o que se buscava era a manutenção dos trabalhadores diante da escassez de mão de obra no país.

No início do século, era a vontade individual de os sujeitos buscarem lutar para melhorar suas condições de saúde. Assim, Bertolli (2006) aponta que:

A fragilidade das medidas sanitárias levava a população a lutar por conta própria contra as doenças e a morte, [...], os doentes ricos buscavam assistência médica na Europa ou em clínicas particulares que começavam a ser criadas na região serrana fluminense. Para os pobres restavam, sobretudo, os curandeiros negros, que continuavam a ser os principais responsáveis pelo tratamento dos que tinham pouco dinheiro. Além disso, os doentes tinham muito medo de ser internados nos raros hospitais e nas Santas Casas. Em suas enfermarias, misturavam-se pacientes de todos os tipos, sendo comum dois ou mais doentes dividirem o mesmo quarto. A fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o Estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade (p.12).

Subentende-se que a urgência em atender a interesses próprios da Corte, para desfazer rumores, culminou em medidas estratégicas para a promoção da saúde em locais referenciados e negociações com centros urbanos, comércio e portos, assim como para a proteção da família real que iria chegar ao Brasil. As intervenções na área da saúde foram imediatas, pois a Corte Imperial não podia ficar sem ter acesso aos cuidados de profissionais da medicina. Para atender a tais interesses, foram fundadas, na Bahia e no Rio de Janeiro, as duas

primeiras escolas de medicina do país<sup>24</sup>. O foco principal era um controle sanitário que satisfizesse a Capital do Império, buscando, também, mostrar outra realidade diferente daquela que era visualizada pelos comerciantes europeus. Enquanto isso, a saúde da população, de um modo geral, ficava literalmente sob a responsabilidade individual.

Nesse período, o acesso à saúde era correlacionado com a situação de cada indivíduo, pois, a depender de sua condição social, eram buscados os meios próprios de cura, diante das medidas do governo que eram ineficazes, inacessíveis e desiguais.

Com o crescimento, por exemplo, de várias doenças relacionadas às condições de vida, como tuberculose e outras, surgem os indicadores estatísticos para controle das endemias. Em 1930, segundo Paim (2004), havia, no contexto de saúde, a predominância de doenças como febre amarela, varíola, tuberculose, sífilis e algumas endemias rurais. O Estado respondia a essas doenças transmissíveis através de serviços de saúde que se concentravam nas campanhas sanitárias. Verifica-se que, a partir desse momento, as medidas tomadas eram campanhas sanitárias com a finalidade de erradicar as endemias que traziam consequências drásticas para a economia, exigindo do Estado resoluções imediatas. Todavia essas ações e serviços de saúde eram centralizados no meio urbano e restritos a alguns grupos. Bertolli (2006) afirma:

Nesse sentido, as oligarquias da República Velha buscaram apoio na ciência da higiene para examinar detidamente o ambiente físico e social das populações urbanas. Tratava-se, na verdade, de definir estratégias para melhorar as condições sanitárias das áreas vitais para a economia nacional, as cidades e os portos [...], apesar de as condições de saúde serem mais precárias na área rural. O meio rural seria relegado a um sóbrio segundo plano, só chamando a atenção dos médicos e autoridades quando os problemas sanitários interferiam na produção agrícola ou extrativista destinada à exportação, caso da Amazônia, cujos lucros originários da exploração da borracha interessavam ao governo federal (p.16, 24).

Desde o início da implantação das medidas de saúde, ficam claros os interesses econômicos que as orientam. As atenções voltadas para as condições sanitárias continuavam sendo focais e vinculadas a interesses dominantes, e não

---

<sup>24</sup> O Colégio Acadêmico Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar de Salvador e a Escola Acadêmica de Cirurgia do Rio de Janeiro (BERTOLLI FILHO, 2006).

calçadas no bem-estar de toda a comunidade urbana, e muito menos da população rural. O acesso aos cuidados relacionados à saúde era seletivo e direcionado ao desenvolvimento capitalista, mantendo-se unicamente uma ação paliativa de controle de saúde pública por meio de campanhas sanitaristas que visavam proteger e atender aos pontos específicos da economia do país. Nogueira (2004) relata:

De um modo geral, a assistência à saúde [...] estava restrita às situações de epidemia e aos casos de especial interesse para o controle das condições de saúde pública, no eixo central da economia, havendo de fato quase nenhuma capacidade de atuação do poder federal na assistência individual à saúde. Com efeito, a assistência médico-hospitalar, nesse período, dependia em maior parte de entidades beneficentes e filantrópicas, como também das diversas mutualidades a que se filiavam os grupos de imigrantes de diversas nacionalidades, mas principalmente os portugueses, os espanhóis e os italianos (p.121).

O atendimento médico era possível ou para aqueles que podiam pagar ou por caridade. Paim (2004) afirma que foi o excedente econômico gerado pelo café, no final do Império, que possibilitou a aplicação de capital inglês em setores de energia, borracha e transporte. Assim foram criadas as condições para o capitalismo industrial e para uma forma de governo que possibilitou uma ordem econômica agroexportadora, movida pelo capital comercial, que estimulou o Estado a se voltar para os interesses agrários e dentro de uma ideologia liberal em que o Estado deveria intervir naquilo que o sujeito sozinho ou a iniciativa privada não conseguissem fazer.

Os trabalhadores na década de 30 viviam em condições insalubres, o que levou à emergência de muitos movimentos operários e resultou na criação das leis trabalhistas, criada nesse período.

O surgimento da Previdência Social no Brasil se insere num processo de modificação da postura liberal do Estado frente à problemática trabalhista e social, portanto, num contexto político e social mais amplo. Esta mudança se dá enquanto decorrência da contradição entre a posição marcadamente liberal do Estado frente às questões trabalhistas e sociais e um movimento operário-sindical que assumia importância crescente e se posicionava contra tal postura (CUNHA & CUNHA, 1998, p.79).

Pode-se verificar, mediante essa citação, que toda lógica que envolve as relações de classes é contraditória. Logo, essa postura dicotômica existente entre proletariado e o patronato diverge, embora existam interesses, onde o proletário



requisita a garantia de direitos, como a saúde, de um lado e o patronato viabiliza “migalhas que mitiga, não as privações das vítimas e seus riscos próprios da continuidade de um sistema econômico organizado a partir de contradições agudas” (MARTINS, 2007, p.14).

Por essa correlação de forças, registra-se a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, com a Lei Eloy Chaves<sup>25</sup>, decreto legislativo nº 4.682, promulgada em 24 de janeiro de 1923, que, para alguns autores, é vista como a pedra fundadora da previdência social no Brasil.

Escorel *et al.* (2005) afirmam:

Sendo assim, as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs eram de cunho civil e privado, financiadas pelos empregados e patrões, organizados nas empresas ligadas à exportação e ao comércio, atividades que, na época, eram fundamentais para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil ([s/p]).

Bravo (2008) define que os benefícios das CAPs:

[...] eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral. Os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador foram os mais combativos politicamente e que primeiro lutaram pela organização das Caixas em suas empresas: os ferroviários em 1923, os estivadores e os marítimos em 1926. Os demais só conseguiram após 1930 ([s/p]).

Entretanto, o que se pode notar é que as conquistas trabalhistas adquiridas com a Lei Eloy Chaves, que incluía assistência médica, não foram, de imediato, estendidas a todos os trabalhadores, sendo desfavorável para uma grande parcela da população urbana e mantendo-se mais distante ainda da população rural.

A partir da década de 30, mudanças acontecem devido aos efeitos provenientes da revolução, que atinge consideravelmente a exportação de café,

---

<sup>25</sup> A lei que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) tem sido indicada como o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. Tratava-se de organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores e organizadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

grande base de sustentação de renda do Brasil, culminando uma forte crise econômica e, conseqüentemente, social.

O primeiro governo Vargas é reconhecido pela literatura como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil. As mudanças institucionais que ocorreram, a partir de 1930 moldaram a política pública brasileira, estabelecendo um arcabouço jurídico e material que conformaria o sistema de proteção social até um período recente. Coube ao Estado Novo acentuar e dirigir o processo de expansão do capitalismo no campo, de maneira a impedir que nele ocorressem alterações radicais na estrutura da grande propriedade agrária (CONASS, 2011, [s/p]).

Nesse contexto, intensifica-se o processo de industrialização e urbanização brasileiro, levando o então presidente Getúlio Vargas a fazer mudanças nas leis trabalhistas e reformas no sistema da política de saúde. Essa década, em relação a décadas passadas, teve a atuação direta do governo nas decisões referentes às políticas sociais. Nogueira (2004) ratifica esse fato:

As políticas sociais no período anterior à Revolução de 1930 eram fragmentadas e emergenciais, embora existam algumas iniciativas de políticas sociais importantes na década de 1920, como a instituição por lei dos Departamentos Nacionais do Trabalho e da Saúde, a promulgação, em 1923, do Código Sanitário e da Lei Eloy Chaves sobre assuntos previdenciários. Questões de saúde pública eram tratadas pelas autoridades locais, não havendo por parte do governo central um programa de ação no sentido de atendê-las. A atuação do Estado restringia-se, em grande parte, a situações emergenciais, como as epidemias em centros urbanos (p.122).

Diante do contexto apresentado, analisa-se que as mudanças iniciadas no quadro das ações governamentais a partir da década de 30 eram moldadas dentro de um aparato de questões políticas, com a presença marcante da atuação governamental e voltadas para o momento de transformação pelas quais o país estava passando diante do processo industrial.

Concomitantemente no período de 30 a 64, segundo Paim (2004, p.590), “[...] verifica-se um aumento de doenças relacionadas à pobreza (doenças infecciosas e parasitárias e de deficiência nutricional), e o aparecimento da morbidade moderna, relacionada a neoplasias, violência etc.”.

Observa-se que, no processo transitivo do desenvolvimento econômico que despontava no país, ocorreram modificações no campo do capital e do trabalho, bem como na área da saúde, com uma expansão de serviços, ainda que tímida, para o interior. Nos anos 40, são intensificados os programas destinados à saúde

pública. Datam também desse período vários debates sobre assuntos inerentes à saúde, como fornecimento de informações para a população sobre educação sanitária, criação dos IAPS, discussão de lideranças sanitaristas, dirigidas ao governo, quanto à necessidade de modificações no modelo de assistência à saúde, reivindicando acessibilidade para todos. Data também dessa década a 1ª Conferência Nacional de Saúde, que trazia em pauta a saúde de caráter curativo, assim como a defesa de saneamento básico para a população e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Em 1950, ocorre a II Conferência Nacional de Saúde, focando uma participação ativa do governo no sentido de tornar equânime a resolução dos problemas de saúde no Brasil. Bertolli (2006) enfatiza que:

Em maio de 1953, já no segundo período presidencial de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Saúde, resultado de sete anos de debate. A nova pasta contou com verbas irrisórias no decorrer da década de 50, confirmando o descaso das autoridades para com a saúde do povo. A falta de dinheiro impedia que o Estado atuasse com eficácia na péssima situação na saúde coletiva. [...]. Em consequência o Ministério da Saúde atuou de maneira pouco eficiente na redução dos índices de mortalidade e morbidades das doenças que inutilizavam para o trabalho e para a vida muitos brasileiros [s/p].

A Lei 3.087/60 estabeleceu a unificação dos IAPS, atingindo todos os trabalhadores sujeitos ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em um regime geral de Previdência Social. Em 2/3/1963, por meio da Lei 4.214, foi instituído também o estatuto do trabalhador rural, que estabelecia o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), dando direito de esse trabalhador participar do sistema previdenciário. O IAPS atuou até 1966, sendo substituído pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Bertolli (2006) problematiza:

O governo criou, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930. Dirigidos pelos técnicos e políticos vinculados ao novo regime, o INPS ficou subordinado ao Ministério do Trabalho, assumindo o patrimônio e os compromissos dos organismos que o antecederam. Estabeleceu-se, assim, um sistema dual de saúde, o INPS deveria tratar dos doentes individualmente, enquanto o Ministério da Saúde deveria, pelo menos em teoria, elaborar e executar programas sanitários e assistir à população durante as epidemias [s/p].

Entretanto, as modificações inerentes a esse novo modo de administrar o setor saúde no Brasil mantêm a população não contribuinte da previdência à mercê dos programas sanitários preventivos, enquanto que o acesso à assistência médica, de fato, era mantido apenas aos contribuintes previdenciários, que, cada vez mais, incorporavam contingentes de segurados. Devido a esse fato, eles passaram a ser assistidos por instituições privadas conveniadas pelo Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (CARNEIRO, 2004).

As críticas que o governo vinha sofrendo no âmbito político e no da sociedade civil eram uma resposta ao setor saúde, que dispunha de dois tipos de mecanismo para cuidar da saúde da população e ambos encontravam-se precarizados. A atuação da base política nas intervenções era evasiva, pois não havia cumprimento dos acordos firmados e os recursos econômicos eram restritos, causando transtorno aos dois lados da assistência. Isso acarretou alterações no âmbito da política de saúde dentro das empresas.

Bertolli (2006) aponta:

Ainda na década de 70, surgiu a chamada medicina de grupo. Com o objetivo de oferecer melhor atendimento aos trabalhadores e reduzir os períodos de licença dos funcionários doentes, as grandes e médias empresas começaram a firmar contrato com grupos médicos, que substituíam os serviços prestados pelo INPS. Como resultado desses acordos, as empresas deixaram de pagar a conta previdenciária ao governo e, em troca, comprometeram-se a prestar assistência médica a seus empregados, recebendo ainda subsídios do próprio governo federal [s/p].

Paim (2004) afirma que, no período da ditadura militar – de 1964 a 1984 –, as condições de saúde da população brasileira, segundo vários indicadores, era bastante crítica, com o aumento de tuberculose, malária e doença de Chagas. A morbidade moderna citada pelo autor se identificava com a morbidade da pobreza. Nesse momento, no período chamado do “Milagre Brasileiro” (1968-1973), não houve melhora no quadro sanitário, e somente em 1970 ocorre uma melhora, com o surgimento das imunizações. Desde a década de 50, parte da massa urbana começa a se mobilizar, por reformas sociais e políticas, do que resultam as reformas populistas, que visavam à manipulação das demandas dos trabalhadores em detrimento dos interesses populistas, e o aumento dessas tensões que culmina com o golpe militar, com a implantação de um regime autoritário que tem duração de 21 anos.

Foi um momento que, segundo o autor, do ponto de vista econômico, possibilitou a internacionalização da economia assentada na relação “capital nacional – Estado e capital internacional”, com a consolidação do capital monopolista, um modelo de concentração de renda, a concessão de privilégios ao setor privado, o que, ao mesmo tempo, reforçou a migração do campo para a cidade. Esse processo econômico acelerou o processo de industrialização, embora sem garantir o atendimento das demandas sociais básicas, tais como transporte, habitação, saúde, etc.

Diante dos vários desajustes no INPS, e na busca de reverter essas barreiras, o governo cria, em 1974, o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS), órgão que ficou responsável pelo pagamento de serviços de atendimento médico prestado aos trabalhadores e familiares.

Nesse sentido, verifica-se que as ondas de privatização dos serviços públicos de saúde interferiam diretamente no direito ao acesso à saúde pela população, pois o domínio desses grupos determinava as regras, tendo o aval do próprio órgão do governo, diante dos trâmites burocráticos advindos de convênios firmados com essas instituições. E, para barrar esse processo que só trazia prejuízos para a sociedade de um modo geral, os movimentos sociais se articularam, protestando e reivindicando dos poderes públicos mudanças no quadro degradante em que se encontrava a saúde do povo brasileiro.

Escorel (2005) afirma:

Com a rearticulação paulatina dos movimentos sociais, tornaram-se mais frequentes as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica e amplificaram-se as reivindicações de solução imediata para os problemas criados pelo modelo de saúde existente. Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde principalmente médicos, acadêmicos e cientistas debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida do povo. Um movimento pela transformação do setor de saúde fundiu-se com outros movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes à democracia [s/p].

A contribuição trazida pela citação demonstra o fortalecimento dos movimentos sociais, que aproveitam os espaços de encontro para bradar pelo direito a uma democracia social, requerendo mudanças de paradigmas no contexto social do

momento, caracterizado por um modelo de saúde ineficiente instalado pelo governo, que se mantinha e alheio ao que vinha acontecendo:

A década de 1980 inicia-se com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. As propostas alternativas ao modo oficial de atenção à saúde caracterizam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização. Ao mesmo tempo, o agravamento da crise da Previdência Social, em 1981, resultou no lançamento do chamado “pacote da previdência”, que previa o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados e a intervenção na área da assistência médica da Previdência Social (CONASS, 2011).

No período seguinte, compreendido como Nova República, entre 1985 e 1988, ocorrem um aumento das mortes violentas e o surgimento de doenças como a Aids e a dengue. Paim (1994) assevera que, juntamente com a recessão econômica do início da década de 80, a democracia se apresenta como conquista política, com a demanda da população para pagamento “dívida social”, pelo Estado, advinda do período ditatorial. Os movimentos sociais que defendiam a saúde se aliaram à Reforma Sanitária por meio de organização popular, na busca de cidadania e democratização dos direitos à saúde no Brasil, defendendo a distribuição dos serviços do setor saúde de forma inclusiva, alcançando macro e microrregiões e sendo, portanto, extensiva a toda a população, com ênfase na atenção primária e valorizando o setor público de saúde.

As lutas incansáveis de grupos contra-hegemônicos resultaram na VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, determinando um novo olhar sobre a atenção da saúde no Brasil e colocando-a no rol das políticas sociais. A partir daquele momento, a saúde passaria a ser direito de todos os brasileiros, e era dever do Estado prover tal direito. A Constituição Federal de 1988, artigo 196, assinala:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF/88, Art. 196).

A referida conferência buscava, em linhas gerais, discutir problemas do sistema de saúde e discutir princípios e diretrizes para a então Reforma Sanitária. Assim, as questões-chave discutidas compreendiam o conceito ampliado de saúde, a criação

do Sistema Unificado de Saúde, a questão do controle social e participação popular e a formação do orçamento social.

Esse evento resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) em 1987, um convênio entre o Inamps e os governos estaduais. Em 7 de março de 1990, o Inamps foi incorporado ao Ministério da Saúde pelo Decreto nº 99.060. Nesse mesmo ano, foi formulada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o SUS e o regulamenta mediante princípios e diretrizes. Em 28 de dezembro desse ano, foi aprovada a Lei nº 8.142, que traz, em suas linhas, a convocação do usuário para participar do controle social na gestão dos serviços do SUS. O Inamps foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge com a missão de tornar a assistência à saúde acessível a todo cidadão, tencionando corrigir injustiças sociais que prevaleceram secularmente. A saúde brasileira, agora, é legalmente um direito universal, rompendo-se com a discriminação e a desigualdade existente entre capital e interior, previdência e saúde pública. Convoca-se o Governo para assumir o compromisso na efetivação, regulação e fiscalização, e a sociedade para participar do controle social desse sistema, que traz, em seu âmago, conceitos e propostas idealizadas pelo movimento da Reforma Sanitária.

Bravo (2008) afirma:

As principais propostas trazidas por esses sujeitos foram a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a reestrutura do setor através de estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento social com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva, a descentralização do processo decisório para as esferas estatal e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os conselhos de saúde [s/p].

O período pós-Constituinte – 1989 a 2002 – é fundamental para o entendimento das mudanças estruturais, advindas do processo de reestruturação produtiva e que incide em todas as políticas sociais. Na saúde, Paim (1994) considera que a década de 90 foi o período de predominância da cólera, da tuberculose e de outras doenças relacionadas às condições de vida de populações de baixa renda.

Ao mesmo tempo em que era promulgada a “Constituição Cidadã”, a economia se tornava instável com a hiperinflação. Percebe-se, nesse momento, um recuo dos

movimentos sociais, a difusão da ideologia neoliberal, com considerável perda de poder aquisitivo dos trabalhadores, o que possibilita um discurso de descrédito quanto ao SUS. Mesmo com esse contexto, elementos políticos importantes foram criados nessa época, como a lei orgânica da saúde, Lei 8.080\90, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde e regulação dos prestadores de serviços integrados ao SUS, nos diversos níveis da Federação, federal, estadual e municipal.

Sposati (2007) defende como é imperativo, hoje, uma profunda reflexão sobre as políticas públicas de seguridade social, ora implantadas em 1988 especialmente no que se refere ao enfrentamento da pobreza. Defende que esse tema, de tão polemizado, tornou-se banal no contexto brasileiro, “parte do mobiliário do cotidiano da vida”, pois essa tem sido a história de atenção aos pobres, banalização de discussões importantes como a saúde dos que vivenciam a pobreza extrema.

Apesar da nova Constituição de 1988, a seguridade para os mais pobres não avança, pois não consegue garantir a todos os brasileiros o pretense direito universal, equalizante e irredutível. Estudos nacionais e internacionais demonstram que os gastos governamentais não priorizam as famílias mais pobres, o que cria o dissenso entre o “formal ou legal e o real”, afirma-se que as pessoas podem estar integradas ou não nos mecanismos reprodutivos das relações sociais, mediadas pelo princípio da igualdade jurídica formal, embora possam estar socialmente excluídas e economicamente integradas ao mecanismo de reprodução ampliada do capital, portanto contraditoriamente situadas em face das possibilidades de participação plena nos meios de afirmação da sociedade contemporânea, como mercado, consumo e propriedade (MARTINS, 2007, p.16).

Percebe-se a necessidade de entender como se operam as relações sociais e reprodução social de parcela da população pobre e destituída do cumprimento efetivo dos propósitos da seguridade social.

Nessa discussão, Sposati (2008, p.3) defende que, nos países como o Brasil, não é o Estado o principal agente garantidor de direitos, pois ocorrem padrões desiguais de reprodução social. A sociedade e as redes de solidariedade é que garantem atenção ao pobre, em uma relação invertida, no que a autora chama de “sociedade providência” geradora de uma “cidadania invertida”.

Saúde, previdência e assistência social, este é o tripé da seguridade social no Brasil, que se apresenta como uma proposta universal, uniforme e equivalente para



populações rurais e urbanas. Sendo que cada política se apresenta de uma forma diferenciada e direcionada a segmentos específicos, sem achar pontos que a articulem na prática: “Assim, a saúde é direito de todos (art. 196); a previdência social atende os que lhes são contributivos (art. 201); a assistência social é prestada aos necessitados (art. 203) ou desamparados (art. 6)” (p.7). Uma distinção destas três políticas é a quem cada uma delas direciona os seus benefícios, este se apresenta como o primeiro entrave para a conclamada universalidade, instituída na política de saúde.

Vê-se que, dos direitos que compõem o tripé, o direito à saúde configura-se extensivo a todos, pois não se atrela nem ao contexto seletivo jurídico-contábil da previdência social e nem ao mérito da necessidade para absorver a demanda, como a assistência, pois parte-se do pressuposto de que para que a saúde se efetive enquanto universal é necessária a garantia de acesso aos outros benefícios, que contraditoriamente não são voltados para “todos”: a assistência a quem precisa e a previdência a quem contribui.

Esse contexto tenciona o contexto ampliado da saúde, que conclama a garantia de acesso a alimentação, trabalho, lazer, dentre outros, para sua efetivação.

O SUS desenhou-se como um sistema composto de atribuições e compromissos, no processo da política de saúde a ele destinada, de modo a garantir à população o acesso a bens e serviços de saúde através de redes assistenciais e de instrumentos legais, como a Lei Orgânica da Saúde (LOS), 8.080/90, e a Constituição Federal de 1988, que registram:

[...] “em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde executada, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (Lei nº 8.080, art. 1º) e esclarece que o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído, na dicção constitucional, pelas ações e serviços públicos de saúde, envolve “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público e a iniciativa privada em caráter complementar” (Lei nº 8.080, art. 4º). (LOS, 1990).

Art. 199 – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º – As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (CF. Art. 199,1988).

Conforme a contextualização acima apresentada, o SUS contempla em tese mudanças no panorama das políticas de saúde no Brasil, alargando o acesso aos serviços para todas as instâncias das esferas nacionais, consolidando o direito social e delegando também as ações e serviços para o setor privado, que devem agir em conformidade com o que propõe o SUS, pelo fato de ele ser único, mantendo a mesma doutrina e organização no modo de atuar em todo o território nacional. A Constituição Federal, artigo 200, inciso III, destaca:

A Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. (CF, Art. 200, Inciso III).

As relevantes considerações contidas na Carta Magna, além de delegarem o direito ao acesso às ações e serviços de saúde, preocupam-se em manter essas ações flexíveis, para que o usuário do serviço possa exercer seu direito de ser assistido desde o serviço básico preventivo até a mais alta complexidade.

Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais – incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil. Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal) ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde (CF/88).

Partindo desse contexto, o SUS tem como meta tornar-se um importante dispositivo destinado a proporcionar condições de prevenção e cura, diante de cada necessidade de saúde da população, agindo de maneira equânime. Só não é possível nessa direção de oferta de serviços verificar mecanismos que demonstrem o alcance do propósito de concretizar a garantia de acessibilidade e acolhimento para todo cidadão brasileiro, ainda mais se considerar as particularidades de cada grupo ou classe social. O SUS apresenta-se como um dispositivo de concretização da equidade e da universalidade no direito ao acesso à saúde, porém se considerada a atenção a determinados grupos, como

as pessoas em situação de rua, verificam-se suas reais dificuldades e a contradição entre o discurso e a prática.

O Sistema Único de Saúde tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde (MS, 1993).

Entretanto, para que a formalização da garantia da universalidade do acesso à saúde mediante o SUS se realize na sua concretude, o Estado é convocado para viabilizar esse compromisso com responsabilidade, assegurando, de fato, o acesso para todo cidadão, assumindo a efetivação das diretrizes organizacionais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988, artigo 198, que sinaliza:

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

Assim, os princípios organizacionais têm como finalidade tornar esse sistema uniforme, de maneira que cada esfera cumpra os objetivos fixados, por meio da observância do conteúdo de cada um dos princípios doutrinários. A Lei Orgânica da Saúde esclarece:

Universalidade: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. Equidade: o objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Integralidade: o princípio da integralidade considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Por isso devem-se integrar as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e promover a articulação com outras políticas públicas (LOS, 90).

Esses princípios vêm justamente regular a forma de funcionamento do SUS na íntegra, colocando em prática o que emana da lei que o regulamenta, por meio do acesso universal sem discriminação, agindo equanimemente,

priorizando as necessidades de cada local e analisando a pessoa em sua totalidade e não por partes, para que a indissociabilidade entre o fazer e o gerir saúde seja efetivada, e dando ênfase à vinculação com outros modos de produzir política.

#### 4.2 UNIVERSALIDADE, EQUIDADE E INTEGRALIDADE: COMO EFETIVÁ-LOS?

O principal desafio que existe na saúde refere-se à dificuldade de efetivar princípios como universalidade, equidade e integralidade. Identifica-se que estes princípios estão,

[...] na contramão do renascimento da diferenciação social que imputam a determinadas pessoas, lugares sociais não participativos, como se elas não pertencessem ao mesmo gênero humano das demais e não tivessem os mesmos direitos (MARTINS, 2007, p.18).

Ao analisarmos os princípios como universalidade, integralidade e equidade, pode-se verificar um dissenso entre discurso e prática e as dificuldades de sua efetivação.

Como já foi dito, a Constituição Federal define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, e a Lei Federal nº 8.080/1990, que regulamentou o SUS, prevê, em seu Artigo 7º, como princípios do sistema, entre outros:

- I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

É necessário entender os limites desses princípios e as reais possibilidades de se efetivarem no contexto que se apresentam grupos sociais específicos, como as pessoas em situação de rua. A integralidade aparece como uma diretriz para a organização do SUS, ao lado da descentralização e da participação da comunidade. Originalmente, a ideia de integralidade surge com a proposta da Medicina Integral ou *Comprehensive Medicine*. Assim, a Medicina Integral seria

capaz de articular as ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação.

No Brasil, a integralidade apareceu no discurso no seu sentido de articulação entre prevenção e assistência. Os textos que alimentaram as discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS apontavam para esse princípio. Posteriormente, a Constituição incorporou-o como uma das diretrizes para o SUS: “Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. Já a Lei 8.080/90 refere-se à integralidade da assistência entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso. Segundo Paim (2010):

A Reforma Sanitária Brasileira contemplou originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial ([s/p]).

Vê-se que a integralidade contempla em seus objetivos ações políticas, profissionais, sujeitos, porém, sempre intersetoriais na atenção à saúde.

A integralidade, como noção polissêmica, pode ser vista como imagem-objeto ou bandeira de luta, como valor a ser sustentado e defendido, como dimensão das práticas e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho na saúde. Aparece, também, como categoria genérica capaz de englobar diversas dimensões do cuidado (acesso, qualidade, relações interpessoais) e até mesmo das pessoas, como “autonomia”. Paim (2010) ainda admite que os sistemas de serviços de saúde, organizados na perspectiva da integralidade da atenção, adotariam as seguintes premissas:

a) primazia das ações de promoção e prevenção; b) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; c) articulação das ações e de famílias. No processo político-institucional, distintos modos tecnológicos de intervenção têm contemplado a integralidade, buscando formas de operacionalização ([s/p]).

Com base na revisão da literatura, podem-se identificar pelo menos cinco condições da integralidade: cuidado, prática, programa, política e sistema. Assim, a integralidade pode ser entendida como um enunciado de certas características do sistema, das instituições e práticas. No caso do cuidado integral, a pessoa é compreendida na sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Assim, a assistência médica integral, mesmo na dimensão individual, apresenta um caráter completo, valorizando as interações entre os sujeitos e a construção de vínculos na atenção entre os usuários do cuidado e os cuidadores. A conversação entre sujeito e equipe possibilitaria a apreensão das necessidades que orientariam o estabelecimento do projeto terapêutico-assistencial.

A prática integral, como já dito antes, organiza e articula distintos processos de trabalho e tecnologias, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa. É possível pensá-la, para além de uma “atitude”, como racionalidade que orienta a combinação de tecnologias estruturadas para o enfrentamento de problemas e o atendimento de necessidades. É o caso, por exemplo, da proposta da vigilância da saúde, que orienta intervenções voltadas para o controle de danos, de riscos e de determinantes socioambientais em um dado território. Um programa integral permite explicitar objetivos, recursos e atividades, contemplando necessidades de diversas ordens, de uma dada situação, embora com uma atuação predominantemente setorial.

Políticas públicas integradas ou integrais implicam a articulação de políticas, programas e projetos, exigindo ação intersetorial e gestão compartilhada e pactuada, a exemplo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do SUS, bem como de iniciativas recentes de “sistemas únicos” de assistência social (Suas) e de segurança pública (Susp).

O princípio da integralidade vê-se então tensionado pela realidade que a política de saúde que operacionaliza o objeto da saúde que é a necessidade de atendimento ao processo saúde-doença e as reais condições de vida dos sujeitos que apresentam estas necessidades, suas carências, de ordem nutricional, habitacional, educacional, etc. Assim provê a integralidade para pessoas em situação de rua, por exemplo. Necessitaria considerar também as

suas condições de sobrevivência, ou seja, entender a saúde e o princípio da integralidade com demandas específicas. A discussão do acesso à saúde das pessoas em situação de rua requer perceber a saúde como manifestação da questão social e de uma cidadania que não se efetiva, onde na própria concepção de cidadania no âmbito da saúde predomina o caráter individual e curativo, fato que reclama a discussão de um outro princípio complementar à integralidade o da equidade na saúde.

As noções de universalidade<sup>26</sup>, equidade e integralidade têm estado presentes em vários documentos elaborados na saúde, pelo menos nos últimos 60 anos e faz-se importante entendê-los quanto ao objeto de estudo deste trabalho.

Nota-se que para o enfrentamento do baixo acesso à saúde das pessoas em situação de rua, faz-se necessária a efetivação de políticas de longa duração que articulem um conjunto amplo de ações intersetoriais.

Neste contexto, verifica-se que para que as pessoas em situação de rua tenham acesso a direitos sociais, é preciso que os seguintes princípios que fundamentam a Política Nacional para a População de Rua sejam efetivados de forma ampla:

O princípio da *igualdade*, reconhecimento da pessoa em situação de rua, com os mesmos direitos da pessoa humana expressos na Constituição Federal de 1988 e na Declaração Universal dos Direitos Humanos. O princípio da *equidade* compreende como reconhecimento, por parte do Estado brasileiro, do segmento da população adulta de rua e suas características, cujos direitos não têm sido reconhecidos ou garantidos.

Assim sendo, devem-se garantir mudanças nas outras políticas que atendem estas pessoas e suas famílias em seus vários ciclos de vida, como assistência social, educação, emprego e renda, ou seja, as políticas que devem compor a proteção social. No entanto, precisa-se entender este contexto das possibilidades reais de efetivação da equidade.

---

<sup>26</sup> Universalidade da cobertura e universalidade de atendimento: segundo a CF (art. 194, I), universalidade de cobertura (natureza objetiva) refere-se às contingências – é objetivo da Seguridade Social atender a todas as contingências sociais (todos os acontecimentos) que coloquem as pessoas em estado de necessidade.

Segundo Escorel (1998), o termo equidade é novo no contexto da reforma sanitária.

O termo equidade foi citado pela primeira vez por Margaret Whitehead<sup>27</sup> e foi atrelado ao parâmetro de justiça à distribuição igualitária. Já iniquidades em saúde referem-se “a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social” (WHITEHEAD, 1992, s/p).

Segundo a professora, a definição de equidade é caudatária da teoria da justiça de Rawls, considerada por Sen (2001) a teoria da justiça mais influente e importante deste século. Segundo Escorel Rawls apresentou, em 1982, uma reelaboração dos dois princípios propostos, em 1971, na edição em inglês de “Teoria da Justiça”:

Cada pessoa tem igual direito a um esquema plenamente adequado de liberdades básicas iguais que seja compatível com um esquema similar de liberdades para todos; as desigualdades sociais e econômicas devem satisfazer duas condições. Em primeiro lugar, devem estar associadas a cargos e posições abertos a todos sob condições de igualdade equitativa de oportunidades; e, em segundo, devem ser para o maior benefício dos membros da sociedade que têm menos vantagens (RAWLS, *apud* SEN, 2001).

No segundo princípio, a equidade aparece como adjetivo que qualifica a igualdade de oportunidades, conferindo uma carga valorativa de igualdade.

Do ponto de vista pessoal, o Dicionário de Política (1991), *apud* Whitehead (1992), distingue três significados de igualdade, no caso de características pessoais, que não depende de escalas de valores a normas de distribuição, o que significa que duas pessoas são tratadas iguais em relação a uma determinada regra e é neste sentido que surge a definição de igualdade e, associada a ela, equidade. Distingue também outro momento que é o de distribuição, onde a igualdade pode qualificar a quantidade em relação a benefícios ou penalidades, ou seja, critérios de repartição destes, onde se distribuem partes diferentes a pessoas diferentes com a proporção da diferença, este considera o mérito de cada um, a regra seria igualitária quando nivela a diferença, tudo isso em relação à distribuição anterior.

---

<sup>27</sup> Margaret Whitehead é professora da Divisão de Saúde Pública Escola de População, Comunidade e Ciências Comportamentais a Universidade de Liverpool.



O princípio da equidade é recente, surge na contemporaneidade, associado aos direitos da minoria, e discute a diferença no espaço público, espaço que em tese é o da igualdade. Esse elemento da diferença entra em conflito com o elemento jurídico, que percebe a cidadania como sendo indiferenciada e desconhece a diversidade da modernidade:

[...] a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se este não comportar o direito à diferença. Não se trata mais de um padrão homogêneo, mas de um padrão equânime (SPOSATI, 1999, p.128).

Equidade entende que as pessoas são diferentes e por isso possuem necessidades diversas, e a igualdade é uma distribuição homogênea de bens e serviços.

Scorel (2008) apresenta que uma distribuição equitativa atende a um princípio marxista: “De cada um segundo suas capacidades, a cada um segundo suas necessidades” (MARX, 1875). Estabelece assim um padrão de distribuição heterogênea, que se baseia na diferença para ser justo. A distribuição homogênea no SUS, por exemplo, pode aumentar a desigualdade, pois estaria distribuindo a todos o que para alguns não era necessário. Segundo Scorel (2008), iniquidade, adquire sentido político, o sentido de repartição da riqueza da sociedade. Assevera que igualdade e desigualdade são mensuráveis, pois referem-se a quantidade, já “equidade e iniquidade são conceitos políticos e têm um sentido moral com a justiça social” (SCOREL *apud* KAWACHI *et al.*, 2008). Assim, existe um limite para desigualdades, e quando elas são malévolas e injustas são consideradas iniquidades.

Quanto à equidade em saúde, Scorel (1998, s/p) defende que: “Há, portanto, que pensar a equidade em saúde como um processo, permanente, em transformação, que vai mudando seu escopo e abrangência na medida em que certos resultados são alcançados”.

O princípio da equidade no contexto da saúde tem sido avaliado em relação às condições de saúde e acesso à utilização dos serviços de saúde. Nas condições de saúde, a autora avalia que esta distribuição deve avaliar os riscos de adoecer e morrer em determinados grupos populacionais, considerando variações biológicas e sociais. Nesta perspectiva, a saúde é

determinada socialmente – os pobres, por exemplo, são grupos economicamente vulneráveis. E afirma:

Os pobres, grupo social e economicamente vulnerável, pagam o maior tributo em termos de saúde acumulando a carga de maior frequência de distribuição de doenças, sejam estas de origem infecciosa, sejam crônico-degenerativas, ou ainda as originadas de causas externas. Para alguns autores, essa é a dimensão mais importante da equidade em saúde (EVANS *et al.*, 2002) e à sua mensuração dedicam-se estudiosos e instituições (CARR-HILL & CHALMERS-DIXON, 2005 *apud* ESCOREL 1998).

Quanto ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, analisa as diferentes possibilidades de consumo dos serviços de saúde, os graus de complexidade destes indivíduos com necessidades iguais de saúde:

As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. Modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais (TRAVASSOS & CASTRO, 2008, s/p).

Tem relação com os sistemas de saúde e a institucionalidade, então primeiro verifica-se a equidade na definição de políticas de saúde e seus desdobramentos em programas e ações, mas a equidade também pode ser observada se ela é ou não orientada para a eficiência e se é consubstanciada por padrões universais ou residuais de distribuição, analisa-se se o processo é equitativo quando ele prioriza a descentralização real do poder e a autonomia do nível local no atendimento de algum grupo social, outro elemento importante neste princípio é a participação social.

Um dos pré-requisitos do princípio da equidade é o “tratamento desigual aos desiguais”, numa relação positiva, assume aqui o seu oposto. Neste país cabe às populações socialmente condenadas elaborar a sua capacidade de utilização da rede precária e eternamente insuficiente para ter acesso a assistência à doença, reiterando a sua condição de desigualdade para ajustar modos próprios de acessibilidade a serviços de difícil acesso, para “a sua maneira” conquistar o “direito à saúde” (COHN, 2010, p.94).

Viana *et al.* (2001), em seu estudo, ao considerar as desigualdades no sistema de saúde, afirmam que o acesso e utilização das ações e serviços de saúde e a qualidade de atenção e financiamento (federal e familiar) dependem da posição social da pessoa e afirma:

Quaisquer que sejam as dimensões adotadas, a análise das iniquidades em saúde deve apoiar-se na posição social da pessoa (que agrupa muitos dos fatores de risco individuais, como idade, sexo, hábitos alimentares, tabagismo e consumo de álcool, peso e pressão arterial) e nas características do contexto social mais amplo (local de residência urbano ou rural, situação ocupacional, políticas econômicas e sociais mais amplas). “Todo marco [de conhecimento] deve captar a ideia de que as vias finais fisiológicas que conduzem às más condições de saúde individuais estão inextricavelmente ligadas às condições sociais (WHITEHEAD *et al.*, 1992, s/p).

E apresenta quatro mecanismos que geram iniquidades na saúde, sendo eles: estratificação social, exposição diferencial, vulnerabilidade diferencial e consequências sociais das más condições de saúde.

Assim, organismos internacionais admitem que equidade implica a diminuição das diferenças evitáveis e injustas, ao mínimo possível, e a oferta de serviços de saúde em função das necessidades e da capacidade de pagamento. No entanto, muitos textos técnicos e artigos científicos usam a equidade sem preocupação com a precisão conceitual.

Segundo Escorel (1998), é possível distinguir a equidade horizontal e a equidade vertical baseado na ideia aristotélica de justiça. A primeira diz respeito ao igual tratamento para iguais e a segunda supõe tratamento desigual para desiguais. Embora a igualdade seja um valor importante, haveria situações em que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde, a exemplo das pessoas em situação de rua. Nesses casos, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades. Assim, a questão posta vai no sentido de demonstrar que a igualdade pode não ser justa. Com vistas, sobretudo, à distribuição de recursos, a noção de equidade admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder se aproximar de um certo padrão de igualdade.

Faz-se necessário, portanto, explicitar um marco conceitual que permita analisar e interpretar a questão da equidade. Estes autores partem da discussão sobre as diferentes fórmulas da justiça que implicam distintas categorias de

igualdade, bem como do conceito de equidade no sentido dado por Perelman como instrumento da justiça para resolver as contradições geradas pelas diferentes classes de igualdades. Consideram a contribuição de Heller em que equidade corresponde à justiça, admitindo um outro critério para sua definição: para cada um, aquilo que lhe é devido por ser um membro de um grupo ou categoria essencial.

As noções de universalidade e equidade estão relacionadas ao princípio da igualdade, que, por sua vez, está associado à ideia de justiça.

A literatura tem revelado uma elevada produção de pesquisas sobre desigualdades em saúde. Embora muitos estudos não se preocupem em conceituar desigualdade, estes têm indicado assimetrias de indicadores de saúde entre classes sociais, bairros, raça-cor, estratos de renda, educação, ocupação, etc.

Quanto à iniquidade, esta corresponde à injustiça, seja como negação da igualdade no âmbito da superestrutura político-ideológica, seja como um produto inerente à própria estrutura social. Assim, os termos diferença, desigualdade e iniquidade tendem a dialogar com as noções revisitadas ao longo deste texto, uma vez que a sua superação pode ser objeto de políticas públicas para o desenvolvimento do SUS.

Enquanto a diferença apresenta-se aceitável na perspectiva biológica ou cultural, a desigualdade e a iniquidade são produzidas socialmente e remetem a uma reflexão sobre a justiça. Nota-se, por exemplo, a forma como as pessoas em situação de rua eram tratadas no início do século em Salvador, um exemplo de desigualdade pelo nascimento e iniquidade.

A defesa de políticas públicas universais e igualitárias não impede que, num momento seguinte, prevaleça o princípio da equidade. Se for possível constatar sistemas universais que buscam a equidade para se tornarem mais justos, não se conhecem experiências de políticas focalizadas que resultassem em sistemas universais.

Percebe-se assim que, no SUS, universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. A equidade é o princípio que, se concretizado, possibilita a efetivação da justiça social, voltando o direito à saúde aos grupos ou categorias essenciais das intervenções. A integralidade, por sua vez, tende a reforçar as ações intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas, porém analisando-se o acesso das

pessoas em situação de rua, verifica-se que este princípio somente contempla seus objetivos de um sistema universal e a equidade e a justiça social se colocam em disputa.

#### 4.3 A SITUAÇÃO DE RUA E O ACESSO À SAÚDE

Para as pessoas em situação de rua, no que tange aos direitos básicos, como a saúde, isso se expressa como dificuldade no seu acesso, subsistindo ao mesmo tempo um discurso de direitos e precários modos de vida que agravam danos físicos, psíquicos e psicológicos para estes sujeitos, tais como alimentação precária, exposição às intempéries, trabalho precarizado, utilização abusiva de álcool e outras substâncias psicoativas, violência, etc. Efetivamente eles têm um acesso limitado à saúde, especialmente aos serviços de atenção básica, que na nova concepção de saúde é o principal serviço para a efetivação de ações preventivas. As dificuldades são de ordem estrutural, individual e programática. Os serviços para este público se concentram na política de assistência social em detrimento de outras políticas e direitos essenciais, como a saúde.

Um dos entraves ao acesso desse grupo refere-se à burocratização dos serviços de saúde, que hoje, com o sistema de regulação<sup>28</sup>, funciona com instalação de fluxos e protocolos que objetivam conhecer os grupos populacionais prioritários através de dados epidemiológicos. É pela atenção básica que é possível estabelecer o perfil epidemiológico, e este é outro paradoxo, pois como levantar dados epidemiológicos de um grupo que não se registra, como é o caso das pessoas em situação de rua, ou seja, esse nível de atenção é prioritário para este público mais fragilizado e vulnerabilizado pelas condições sociais.

Cohn (2010) defende que no Brasil as diferentes formulações das políticas de saúde levam a consideração da insuficiência da rede de atendimento, para atender à demanda diferenciada, o que dificulta a avaliação do acesso a essa rede. Hoje o modelo de acesso, como já mencionado, configura-se nos artigos da CF 197 e 199,

---

<sup>28</sup> Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, ART. 2, PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO).

onde preconiza uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada por ações e serviços públicos em parceria com instituições privadas.

O Ministério da Saúde (1999) coloca que:

[...] se o serviço de saúde tivesse reduzido os usuários à doença, ele teria sido cúmplice da discriminação racial e da desigualdade social que ainda existe no País. Em muitas situações, o adoecimento é causado ou agravado por situações de dominação e injustiça social. De todo modo, doenças causadas pela superexploração, condições de trabalho inadequadas ou formas de gestão autoritárias (MS, 1999).

Behring (2008) discute a inscrição da saúde no campo da seguridade social brasileira e como esta representou avanços nos reconhecimentos dos direitos sociais.

A autora defende a inscrição da saúde como direito universal, ou seja, desloca essa prerrogativa da previdência social, colocando o Estado como o gestor deste direito. Para a autora, como apresentado até agora, o SUS representou um importante avanço na consolidação, nos anos 90, do direito à saúde, porém discute que um ponto difuso diz respeito ao financiamento da seguridade social e os embates entre as áreas da previdência, saúde e assistência, na disputa por recursos.

Informações do Ministério da Saúde em 2013 dão conta de um repasse federal de 34 bilhões de reais para a saúde, aos Estados e Municípios, no entanto estes mostram-se insuficientes para reverter as dificuldades enfrentadas na efetivação deste direito, entendidas na má gestão dos recursos. Assim o Estado se enrijece, utiliza o discurso do ajuste fiscal e, segundo Behring (2008), operacionaliza a proteção social no trinômio: focalização, privatização e descentralização.

Cohn (2010) reforça esta afirmação de Behring (2008) e acrescenta que, na saúde, apesar de o atual texto constitucional significar um verdadeiro avanço, pois traz uma concepção abrangente de seguridade social, não restrita ao seguro social, impõe, no entanto, ações que venham assegurar este direito enquanto universal. Cohn (2010) ainda afirma que para que isto ocorra é necessário superar tradicionais dicotomias no setor de saúde, que se referem, segundo a autora, a diferenças que residem no “universal e particular, o público e o privado, o preventivo e o curativo, o rural e o urbano, o carente e o não carente [...] entre os discursos e as práticas das políticas de saúde” (p.14).

A mesma autora ainda discorre sobre a grande indagação que deve ser feita e que é apropriada para esta dissertação, quanto ao suporte que deve ser dado para os setores menos favorecidos, na efetivação deste acesso, discutindo que esta leitura pode demonstrar que o texto constitucional encontra-se reduzido a uma parcela da população que apresenta condições de utilização destes serviços.

De certo a visão dos princípios constitucionais seria à primeira vista o provimento de planos, recursos e serviços, onde estes elementos bastariam para atender à necessidade da população, o que se verifica no entanto é que vários são os elementos que precisam ser acionados para que este acesso se concretize, um deles é na divisão espacial “dos equipamentos e serviços” (COHN, 2010, p.67), uma condição importante para viabilizar o acesso.

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. A proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 tem sido desconstruída e, no caso das pessoas em situação de rua, necessita ser construída. A Saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise. A refilantropização é uma de suas manifestações com a utilização de agentes comunitários e cuidadores para realizarem atividades profissionais, com o objetivo de reduzir os custos.

Verificam-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais, ora apresentados, e a omissão do Estado na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral. Algumas questões comprometeram e comprometem a possibilidade de avanço do SUS, como a intersectorialidade com política social; a prioridade ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; o afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde que cabe à atenção básica, onde esse fluxo não é direcionado. Todos estes aspectos são agravados na situação de rua.

A proposta de reforma do Estado para o setor saúde se dá como contrarreforma, propõe separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico, remuneração por produção, denunciada há 20 anos como “fator incontrollável de

corrupção”. Constata-se que, além de gastar mal, também se gasta pouco em saúde; dois projetos convivem em tensão: o projeto de reforma sanitária, construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 1999).

Segundo a autora, a proposta do SUS está na contramão das reformas financeiras, que visam atender a lei de acumulação do capital no âmbito da saúde. Sua preocupação central da reforma é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. O projeto saúde articulado ao mercado ou a reatualização do modelo médico-assistencial privatista está pautado na política de ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central, que são entraves para a concretização do direito à saúde de pessoas em situação de rua, pois a tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis com o pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1996). A universalidade do direito, um dos fundamentos centrais do SUS requisitado no projeto de reforma sanitária, vê-se então suprimida pelas relações de mercado, pois tem como premissa concepções individualistas e fragmentadoras na saúde, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico.

Na atualidade, a análise que se faz do governo Lula e Dilma é que a política macroeconômica do antigo governo foi mantida, e as políticas sociais e a saúde neste contexto estão fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. Nessa setorização, a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo a segmentação das três políticas: saúde, assistência social e previdência social. A ênfase das ações está em programas “focais”. As grandes questões do SUS não estão sendo enfrentados, como a universalização das ações, o financiamento efetivo, a política de recursos humanos e a política nacional de medicamentos.



O contexto de proteção social brasileiro encontra-se aquém das condições necessárias para a população. O Estado brasileiro está voltado para redução de gastos sociais, privatizações e focalização dentro de um ideário neoliberal na condução da política de seguridade social, criando assim um sistema de proteção social voltado para uma “universalização excludente”. É a forma como a questão social atravessa a saúde.

Para as pessoas em situação de rua, o cenário ainda é mais grave, conforme mencionado anteriormente, somente em 2008, a partir da Política Nacional para inclusão social das pessoas em situação de rua, fruto da resistência e mobilizações do Movimento Nacional de População de Rua<sup>29</sup>, como já apresentado linhas atrás, é que se inicia a discussão sobre a necessidade de efetivação dos princípios da igualdade e da equidade na atenção à saúde desse público. A discussão da política, gira em torno da necessidade de:

[...] (re)integração destas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, o acesso pleno aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros, o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno, considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência do espaço público da rua. Para tanto, vale-se do protagonismo de movimentos sociais formados por pessoas em situação de rua, entre outras ações que contribuam para a efetivação deste processo (MDS, 2011, p.5).

Nota-se que o conteúdo da lei, apesar de reconhecer o protagonismo dos movimentos sociais, já vem impregnado de um conceito de que as pessoas em situação de rua estão desintegradas, desestruturadas, em uma clara visão de desvio social.

Porém é a partir desta política que se pode pensar em sua inclusão, ainda que precária:

[...] Concretização dos direitos conquistados historicamente pelo protagonismo da população-alvo e de seus aliados, combatendo injustiças sociais praticadas contra setores pauperizados e estigmatizados da população. Trata-se, portanto, do estabelecimento e da manutenção da inclusão social, que requerem do Estado a provisão de um padrão mínimo de bem-estar, e da garantia perene destes direitos sociais (MDS, 2011, p.13).

---

<sup>29</sup> Existente desde 2010, Movimento da População de Rua tem como objetivo construir uma rede que facilite o diálogo com os órgãos responsáveis (federais, estaduais e municipais) pelas políticas sociais.

Conforme apresentado até o momento, dentro de uma perspectiva de integralidade, o acesso à saúde das pessoas em situação de rua deve-se dar no âmbito da atenção primária ou básica, instituída pela Política Nacional de Atenção Básica<sup>30</sup>, estruturada para considerar o sujeito na sua singularidade e inserção sociocultural e tendo pretensamente como princípios a universalidade, a acessibilidade, a coordenação de cuidado e vínculo, a integralidade e a equidade na saúde. A Política Nacional de Atenção às pessoas em situação de rua solicita, além dos princípios mencionados acima, o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária.

Na saúde, em seus documentos normativos, leis, políticas e decretos, evocam-se a valorização e o respeito à cidadania, requerendo nesse contexto um “atendimento humanizado e universalizado, o respeito às condições sociais e diferenças de origem, idade, nacionalidade, gênero, com atenção especial para que a saúde se efetive”, devendo também ser assim para as pessoas em situação de rua (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2011)

A partir dos pré-requisitos descritos acima e da pressão por certa organização política das pessoas em situação de rua, representada pela criação de sedes do Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua, em vários municípios iniciaram-se algumas mudanças no contexto da política de assistência social<sup>31</sup> e saúde. O contexto da política e da discussão do movimento nacional em torno da saúde evocou iniciativas políticas para a saúde das pessoas em situação de rua e que estas estejam canalizadas para a atenção básica, considerando que concretamente esta demanda é canalizada

---

<sup>30</sup> A Política Nacional de Atenção Básica – Pnab/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, caracteriza a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

<sup>31</sup> Uma das alterações mais significativas na política de assistência social foi a criação dos Centros de Atenção Especializada para população de rua – Creas Pop, em maio de 2010. O Creas tem o objetivo de ofertar atenção especializada a pessoas em situação de rua em um centro separado do Cras e dos Creas convencionais. Deverá funcionar em articulação com os serviços de acolhimento e deverá assegurar atendimento e atividades para o desenvolvimento de sociabilidade, fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares e construção de novos projetos de vida. Deverá ter espaços destinados à realização de atividades coletivas, higiene pessoal, alimentação e espaço para guarda de pertences pessoais, além de atendimento psicossocial (MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2010).

para a atenção especializada<sup>32</sup>, ou seja, no âmbito curativo e não preventivo. O próprio Ministério da Saúde (2012, p.33) reconhece que o acesso das pessoas em situação de rua normalmente se reporta ao serviço de saúde em situação emergencial, no entanto é a atenção básica que apresenta as características necessárias para atenção a estas pessoas:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (...). A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.12).

É o primeiro nível de atenção do SUS a “porta de entrada”. Já a média e a alta complexidades são:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (MS, 2011, p.12).

As condições de vulnerabilidades vivenciadas pelas pessoas em situação de rua no âmbito do acesso à saúde estão relacionadas, segundo o perfil anteriormente apresentado, a questões psicossociais geradoras de sofrimentos físicos e emocionais que trazem riscos maiores para a saúde. Visando atender a estes pré-requisitos, algumas estratégias foram criadas, como os consultórios de rua, mas que ainda são incipientes em relação às demandas apresentadas

---

<sup>32</sup> As ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde são classificadas como de Atenção Básica, de Média Complexidade e de Alta Complexidade. Nos termos da Portaria do Ministério da Saúde 648/2006, alta complexidade compreende procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo. São exemplos de procedimentos de alta complexidade: traumatologia-ortopedia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia. As principais áreas estão organizadas em redes, como as de cirurgias cardíacas e de atenção oncológica (CONASS, 2011).

por este público e, como estratégia, respondem minimamente ao princípio da equidade, pois consideram a demanda da saúde no contexto onde ela emerge, ou seja, na rua, porém os princípios da universalidade e da integralidade no acesso ainda continuam sem alternativas.

O Consultório de Rua é uma experiência que surgiu no início de 1999, em Salvador, na Bahia, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – Cetad, instituição criada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Ufba). O projeto foi idealizado pelo Prof. Antônio Nery Filho<sup>33</sup> no início dos anos 90, como uma resposta ao problema das crianças em situação de rua e uso de drogas. Existem hoje no Brasil 35 consultórios de rua, em 31 cidades brasileiras.

Os consultórios de rua<sup>34</sup> são compostos de equipe multiprofissional que presta atenção integral à população em situação de rua, realizando atividades de forma itinerante:

Segundo o Ministério da Saúde (2010),

Sua característica mais importante é disponibilizar cuidados no **espaço da rua**, preservando o respeito ao contexto sociocultural da população. São experiências exitosas, a nível nacional, sob supervisão e avaliação científica, cujo repertório permite sua intensificação, ampliação e diversificação das ações orientadas para prevenção, promoção da saúde e redução dos riscos e danos sociais e à saúde. A diversificação de ofertas não baseadas exclusivamente na abstinência dessa população desassistida e vulnerável permite ainda que se crie um movimento de aproximação entre ela e os serviços de saúde (p.10).

A infrequente procura por ajuda e o baixo acesso aos serviços da rede de saúde por parte da população usuária de álcool e outras drogas em situação de rua reconhecem a distância histórica entre os serviços da rede de saúde e a população

---

<sup>33</sup> Professor Antônio Nery Filho possui doutorado em Sociologie et Sciences Sociales – Université Lumière Lyon (1993). Atualmente é professor associado 3 da Universidade Federal da Bahia, professor da Faculdade Ruy Barbosa e associado do Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Substâncias Psicoativas.

<sup>34</sup> Os Consultórios de Rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania. Atualmente são dispositivos integrados ao Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (Pead 2009-2010), instituído pela Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009, e do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (Piec), instituído pelo Decreto Presidencial nº 7.179, de 20 de maio de 2010.

usuária de drogas em situação de rua, que levanta, há muito tempo, a necessidade de articular intervenções biopsicossociais efetivas, urgentes e integradas.

Os planos do Consultório de Rua (CR) constituem um dispositivo público componente da rede de atenção substitutiva em saúde mental, buscam reduzir a lacuna assistencial histórica das políticas de saúde voltadas para o consumo prejudicial de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua, por meio da oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua:

Visa substituir um modelo assistencial pautado na hegemonia do modelo biomédico, saindo da lógica da demanda espontânea e da abordagem única de abstinência. Propõe uma abordagem de oferta programada a usuários que apresentem alguma demanda, ainda que não formulada através de uma procura espontânea às instituições de cuidado. A abordagem preventiva e de cuidado em saúde do Consultório de Rua permite a redução dos danos potenciais do uso de substâncias psicoativas (MS, 2010, p.4).

Certamente é preciso reconhecer que os problemas de saúde demandados pelas pessoas em situação de rua são complexos e as respostas necessitam de ações articuladas, entre gestores, profissionais de saúde e diversos outros setores. Não é somente o uso de álcool e de drogas que os afeta, conforme apresentado na pesquisa nacional, e em Salvador este certamente é o principal agravo ou doença, que as pesquisas demonstraram, mas outras doenças são recorrentes na atualidade para as pessoas em situação de rua, como dengue, leptospirose, DST, tuberculose, dermatoses, problemas dentários, entre outros, que envolve aspectos sociais e econômicos, necessitando de enfrentamento. Outro elemento para o qual esta dissertação chama a atenção é a questão do acesso à rede básica, que, apesar de ter sido identificado como preferencial, não se estrutura para absorver a demanda dessas pessoas, caracterizando um baixo acesso. Considerando que as iniciativas não devem se restringir a estratégias, mas ao acesso universalizado, que tem a atenção básica<sup>35</sup> como política de entrada, ou seja, a garantia de atendimento das pessoas em situação de rua nas unidades básicas de saúde. Defende-se aqui o

---

<sup>35</sup> A política nacional de atenção a pessoas em situação de rua solicita um fortalecimento das ações de promoção à saúde, a atenção básica, com ênfase no Programa Saúde da Família sem Domicílio, incluindo prevenção e tratamento de doenças com alta incidência junto a essa população, como doenças sexualmente transmissíveis/Aids, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, problemas dermatológicos, entre outras (POLÍTICA NACIONAL DE INCLUSÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA, 2010).

princípio da equidade e a necessidade de atenção integral<sup>36</sup> e considera-se que não são somente os sujeitos que interferem neste contexto de saúde, mas também as condições sociais, políticas, culturais e econômicas estruturais.

São vários elementos que devem ser considerados na saúde das pessoas em situação de rua, como a limpeza urbana, a escassez de equipamentos sociais, que se apresentam como determinantes sociais<sup>37</sup> da saúde e interferem no processo saúde/doença das pessoas em situação de rua.

Outro fator importante é o preparo dos profissionais que receberão esta demanda, apesar do pretenso consenso, a ideia de assistência ainda não contempla um atendimento humanizado, centrado no acolhimento, o acesso e o vínculo enquanto prática política e terapêutica.

No âmbito do acesso, o Decreto nº 7.508-2011, que regulamenta a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, define a atenção básica como porta de entrada preferencial do SUS, por onde a população deve ter acesso aos serviços de saúde. No mesmo tempo o Ministério da Saúde reconhece em 2012 que a própria pessoa em situação de rua “não reconhece o seu corpo doente até que o sintoma paralise suas atividades diárias”, essa é uma forma de entender que outros mecanismos políticos e institucionais, além dos legais, precisam ser articulados na operacionalização da atenção à saúde deste grupo para que viabilize o acesso.

O atendimento à saúde das pessoas em situação de rua traz uma especificidade, que deve ser considerada no cotidiano dos atendimentos dos serviços, programas, projetos de saúde, pois, mesmo que não tenha, por exemplo, consulta marcada ou encaminhamento em mãos, esta população deve ser acolhida e atendida, pois tem legalmente este direito, no entanto, ao contrário disso, a circulação e acesso dessas pessoas pela rede fica impossibilitada perante inúmeros procedimentos burocráticos.

---

<sup>36</sup> Estratégia que busca tratar o paciente como um todo em vez de se dirigir somente para uma parte do problema. Permite avaliar de maneira sistemática os principais problemas e doenças que afetam a saúde de um determinado grupo de pacientes, para detectar e tratar qualquer sinal geral de perigo ou doença específica. A estratégia contém também ações de prevenção e de educação, contribuindo assim para evitar o adoecimento, bem como para melhorar suas condições gerais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

<sup>37</sup> Segundo Buss (2007, p.78), são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

No aspecto político, surgem na atualidade algumas portarias que buscam ampliar o atendimento a este público para a atenção básica, ações essas que ocorrem nos municípios no âmbito da política de álcool e drogas, ainda que minimamente em relação ao contingente de pessoas em situação de rua, visam prestar atenção à saúde, ainda que minimamente no contexto da rua. Criam-se no âmbito da atenção básica os consultórios “na rua”<sup>38</sup> articulados,

Consultórios na Rua (CnaR), instituídos pela **Política Nacional de Atenção Básica**, integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e **devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB**, buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Grifo nosso (MS, 2011, p.13).

Esses, diferentemente dos “consultórios de rua”, pretendem atuar dentro da divisão de atenção básica, que, como dito antes, tem a dimensão preventiva nos territórios ou distritos de saúde.

Nota-se, no entanto, que esta iniciativa ainda é incipiente nos municípios. Em Salvador, dados de 2013 do Grupo de Trabalho da saúde da população de rua de Salvador, informou que em Salvador a experiência ainda é piloto, serão montadas duas equipes itinerantes, somente no Distrito Sanitário Cento Histórico e Itapagipe. Insuficiente para a demanda populacional<sup>39</sup>, que, no último censo de Salvador e nacional, apresentaram um contingente de mais de três mil pessoas nos municípios pesquisados.

---

<sup>38</sup> Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Parágrafo único. As equipes de Consultório na Rua integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica.

<sup>39</sup> Considerando a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, que define a composição, o processo de trabalho e o financiamento das equipes dos Consultórios na Rua no âmbito da Atenção Básica, resolve:

Art. 1º Esta portaria define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (CR) por Município. Art. 2º Para o cálculo do número máximo de CR por Município serão considerados os seguintes dados:

I - para Municípios com população de 100.000 (cem mil) a 300.000 (trezentos mil) habitantes serão utilizados os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua, realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS).

II - para os Municípios com população superior 300.000 (trezentos mil) habitantes, serão utilizados os dados extraídos da Pesquisa do Ministério do Desenvolvimento Social, de 2008, e da Pesquisa sobre Criança e Adolescente em Situação de Rua, levantados pela Secretaria de Direitos Humanos, em 2011.

Sawaia (1999, p.8) considera que estamos todos incluídos de alguma forma no circuito reprodutivo das atividades econômicas. Porém essa inclusão nem sempre se dá de forma digna e decente, a grande maioria encontra-se inserida por intermédio da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do econômico.

Até o momento, esta dissertação buscou demonstrar como questões políticas econômicas interferem na vida dos grupos sociais através das diferenças de classe, como o modo de produção capitalista, por meio da lei geral de acumulação, necessita de trabalhadores e não trabalhadores, sendo parte deles relegada à condição de indigência e situação de rua, ou seja, verificou-se que a situação de rua é histórica e tem uma função dentro do mecanismo de acumulação do capital, que é gerar riqueza por meio de relações de trabalho precário, verificou-se assim que a situação de rua apresenta-se como uma expressão extrema da questão social, ligada à existência do trabalho escravo e discriminação dessa mão de obra, e que agregam a esta discussão aspectos culturais, étnicos e raciais.

A situação de rua é crescente em todo o mundo, agravada por desigualdade social e falta de redistribuição de riqueza, e, apesar de ser um fenômeno ser histórico, na atualidade apresenta-se com uma nova configuração, diferentemente de séculos atrás – quando muitas pessoas em situação de rua eram indigentes, desvalidos, os chamados na teoria marxista de lumpemproletariado –, hoje estes sujeitos apresentam-se enquanto trabalhadores, aptos ao trabalho ou exército de reserva, a não ser pela sua condição física, social e de saúde que não lhes permite “entrar na fila de emprego”, eles participam da produção de riqueza social através da catação de reciclável, uma das suas principais atividades na rua. A partir desta constatação, questiona-se o discurso dual que eles seriam excluídos ou marginalizados, em certa medida são excluídos do acesso à riqueza que produzem e dos benefícios que advêm delas e, efetivamente, usufruem de inclusão precária, em especial se analisado o seu aspecto de saúde.

Notou-se que a sociedade somente a partir do processo de lutas e resistência destes trabalhadores conquista reformas políticas que possibilitam a construção de direitos civis, políticos e sociais que são garantidos a pequena parcela da população. Um destes direitos sociais é o direito à saúde,



fundamental à existência de qualquer ser humano, que se apresenta como garantido “a todos”; porém, no caso das pessoas em situação de rua, a inclusão a este direito se dá de forma precária, por não ser considerado o princípio da equidade. Neste sentido, esta dissertação aplicou uma pesquisa social buscando verificar como se dá o acesso dessas pessoas à saúde em um dos distritos de Salvador que se propõem mudanças, o Distrito Sanitário Centro Histórico, porém, antes, vale entender um pouco sobre qual o caminho trilhado pela pesquisa para entender o acesso das pessoas em situação de rua.

## 5 O PERCURSO METODOLÓGICO

*Se a aparência e a essência das coisas coincidissem, a ciência seria desnecessária.*

(Karl Marx)

Este capítulo busca mostrar o caminho percorrido até o objeto. Inicialmente levantará algumas considerações sobre pesquisa social e sobre o planejamento da pesquisa realizada para esta dissertação, método orientador, campo da pesquisa e técnicas utilizadas para desvendar a realidade destas pessoas. Serão resgatados alguns elementos já apresentados na introdução do trabalho, detalhando-os para melhor compreensão da metodologia aplicada.

### 5.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA SOCIAL

Pesquisar constitui uma constante busca teórico-prática e, por isso, tem como principal característica o inacabado. Minayo (2010, p.13, *apud* DEMO, 1981) defende que a cientificidade não se reduz a uma só forma de conhecer o objeto, pois ele é histórico, assim, ao analisar um objeto, deve-se considerar o espaço, a formação social e cultural que dialeticamente reconstrói o passado em torno dele. “[...] Toda investigação social precisa registrar a historicidade humana” (*idem*, p.39). A pesquisa social, nessa perspectiva, interessa-se pelo global e o local; assim, este trabalho buscou trazer a situação de rua, tanto no seu contexto histórico como um pouco da sua configuração atual. Esse posicionamento é importante para trazer o objeto em um processo que apresenta elementos globais – ligados às estruturas de classe, econômicas e políticas – e locais, considerando o contexto cultural de cada localidade e as características dos sujeitos.

Outra característica importante é a relação sujeito investigador e o investigado, a visão de mundo de ambos está imbricada na definição do objeto, e, neste sentido, faz-se necessário que o pesquisador social utilize de acurado instrumental teórico, metodológico, para possibilitar as aproximações sucessivas. Sobre estas aproximações, Pontes (2002, p.35) acrescenta que a captação da essência ocorre mediatizada pela aparência do fenômeno, assim o sujeito parte dos fatos que existem nas relações sociais concretas. Tal processo se dá no nível reflexivo ou da razão, esta reconstrói o movimento do real e faz o caminho de volta até o objetivo

mais enriquecido por novas mediações; as aproximações compõem o imperativo para o conhecimento dialético. As coisas aparecem com objetivos acabados sua gênese enquanto complexo total, suas mediações ficam atreladas pela positividade da representação do sujeito. A situação de rua nesse sentido é revestida de uma aparência que não a relaciona com as determinações históricas, econômicas e políticas; a razão instrumental naturaliza e a restringe a, por exemplo, mera falta de moradia.

Minayo (2010, p.42) declara que o objeto das ciências sociais é “essencialmente qualitativo e que a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva”.

Outro aspecto importante que fundamentou esta pesquisa foi o reconhecimento do caráter político da pesquisa social como construção coletiva que parte da realidade dos sujeitos, mediando processos de desvendamentos através da reflexão, que, além de buscar conhecer condições de vida, apreende o modo de vida dos sujeitos (PRATES, 2000).

### **5.1.1 Planejando a pesquisa**

Segundo Prates (2003), o planejamento da pesquisa deve ser permeado e fundamentado por valores, devendo também ter uma direção definida – que tem um sentido social dentro da história de vida do pesquisador.

A inquietação com a situação de rua iniciou-se em 2003, ao longo de dois trabalhos que foram realizados pela autora com este público em duas secretarias municipais, uma de saúde e outra de assistência social. O presenciar do cotidiano de opressão pelo direito negado a eles foi a principal motivação para executar este trabalho, ou seja, a dúvida do que era instituído enquanto direito e o que era efetivamente negado na prática.

Foram 12 anos de aproximação na rede pública como assistente social<sup>40</sup>, onde desde este momento foram realizadas pesquisas bibliográficas que pudessem extrapolar o mero senso comum sobre esta situação. Outro motivador foi a percepção da importância de entender as relações sociais que permeavam a situação de rua e que favoreciam a manutenção e a sua existência enquanto

---

<sup>40</sup> A autora é assistente social estatutária da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, desde 2003.

fenômeno social complexo multifatorial e que não se restringe a mera falta de moradia.

As categorias analíticas, como já mencionadas na introdução desta dissertação e aqui retomadas, foram: capitalismo, trabalho, questão social, políticas sociais, pobreza, situação de rua, escolhidas para dar conta do cenário histórico e atual e ao mesmo tempo mostrar o horizonte que se buscava apresentar o objeto.

As categorias operacionais utilizadas com os grupos analisados foram: o valor saúde e autocuidado, associações rua e saúde, mudanças de atitudes, consciência de riscos, utilização do serviço, com qual prioridade, entraves, fatores facilitadores, mecanismos de superação, conhecimento de direitos. Acolhimento dos funcionários, aspectos relacionados à preconceito e discriminação, linguagem acessível a estas pessoas, medos, demonstrados e externados. Pois havia o pressuposto de que alguns elementos individuais, apresentados pelas próprias pessoas em situação de rua e pelos profissionais, também interferiam na existência do objeto.

Foi na fase exploratória, que, segundo Minayo (2010, p.171), compreende desde a construção do projeto e os procedimentos testes para inserção no campo, que se delimitou o **problema**, ele foi construído de forma a responder: quais as dificuldades enfrentadas por adultos em situação de rua no acesso aos programas, projetos e serviços de duas unidades básicas de saúde do Centro Histórico de Salvador?

Outro momento importante da pesquisa social foi a definição do objeto. “O objeto é sempre uma ‘representação’ sob determinado ponto de vista, em que um investigador, a seu modo, busca reproduzir o real” (MINAYO, 2010, p.173).

Assim o **objeto** surgiu como a relação situação de rua e os entraves no acesso à saúde, a partir da realidade nas condições de rua das pessoas que circulam no Centro Histórico de Salvador.

O estudo buscou demonstrar que o acesso à saúde para este segmento social, no contexto que foi analisado, não se concretiza de forma a possibilitar um acesso universalizado, pois notadamente as instituições, as políticas e os serviços das instituições de atendimento a este público não refletem esse direito.

Foi necessário também o estabelecimento de pressupostos, que se “refere à elaboração de parâmetros básicos que permitissem encaminhar a investigação empírica qualitativa” (MINAYO, 2010, p.178).

Nesta pesquisa defendeu-se como **pressupostos** que: a) as metodologias dos serviços, projetos e programas de saúde não alcançam as pessoas adultas em situação de rua; b) o Estado, por intermédio de suas secretarias, não qualifica os profissionais de saúde para entenderem o sofrimento social vivenciado por esses sujeitos, o que resulta em medo, preconceitos e discriminação por parte dos profissionais que, com estas atitudes, afastam as pessoas em situação de rua do acesso a saúde; c) o acesso está condensado em programas, projetos e serviços com protocolos que focam a inclusão dos sujeitos em fluxos preestabelecidos e aspectos formais, tais como exigência de documentos, endereço fixo, que não são atendidos por pessoas em situação de rua, devido à sua condição social; d) entende-se que este segmento social é invisível ao sistema de Regulação do SUS (sistema que serve como base de dados importante, pois é por meio dele que se ordenam fluxos e o acesso aos serviços de assistência à saúde), o que dificulta o levantamento do perfil epidemiológico desta população, bem como as definições de prioridades e de recursos com ações específicas a suas demandas; e) assim, entende-se que as demandas deste público na área da saúde são canalizadas para atenção especializada, ou seja, atendimento em prontos socorros, emergência, incidindo no princípio da integralidade e equidade da atenção à saúde, que necessitam se articular na atenção preventiva na saúde, campo da atenção básica.

Em consonância com o que foi apresentado até o momento, foram construídos objetivos que apresentam o que se pretende alcançar com esta investigação. O **objetivo geral** do trabalho é investigar, a partir de duas unidades básicas, os entraves para o acesso à saúde das pessoas adultas em situação de rua, que circulam no Centro Histórico de Salvador; e os **objetivos específicos** giram em torno de: a) verificar as estratégias governamentais que vêm sendo adotadas em Salvador para inclusão das pessoas adultas em situação de rua aos mecanismos de proteção social e de saúde; b) identificar se existe o acesso das pessoas adultas em situação de rua a projetos, programas e serviços das duas unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário Centro Histórico de Salvador e as dificuldades de natureza civil, cultural e social que tencionam a garantia deste direito.

### 5.1.1.1 O campo

A seleção de duas unidades justificou-se pelo objetivo proposto no trabalho, já citado acima, e deu-se a partir das demandas apresentadas por este público no censo nacional e no de Salvador, bem como o serviço ofertado por elas, seu histórico e sua vinculação com as pessoas em situação de rua. A primeira unidade de saúde foi a São Francisco, que trabalha com este público há 17 anos, no atendimento de doenças sexualmente transmissíveis, DST/Aids, e o Ramiro de Azevedo, por trabalhar com tuberculose e ser referência no Centro Histórico há 94 anos com este atendimento.

O Centro Histórico tem mais oito unidades de saúde, também relevantes como campo de pesquisa, mas que não foram contempladas nesta dissertação. A Unidade Pelourinho, onde funciona o projeto Capitães da Areia<sup>41</sup>, possui no seu histórico um grande quantitativo de atendimento a este público, porém voltado para meninos e meninas em situação de rua, que não é o foco principal deste trabalho, que se volta para os adultos em situação de rua. O Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas – Caps-AD é outra unidade também importante no distrito nesta discussão, porém concentra o seu atendimento a partir da política de saúde mental. Ressalta-se que essa pesquisa teve o interesse voltado para levantar a discussão sobre a dificuldade de atenção integral à saúde da população adulta em situação de rua na política de atenção básica, por entender que esta é porta de entrada para a integralidade no acesso à saúde. Outro critério fundamental na escolha do campo da pesquisa foi a sua localização, ou seja, a acessibilidade para esse público, pois as duas unidades fazem parte da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador e prestam atendimento de atenção básica e especializada no Distrito Sanitário Centro Histórico<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> Capitães da Areia é Projeto financiado pela Secretaria Municipal da saúde de Salvador com a formação da equipe instituída pela coordenação de saúde mental da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador para atender crianças e adolescentes usuários de crack.

<sup>42</sup> Segundo a Secretaria Municipal da Saúde (2012), Distrito Sanitário deve ser compreendido sobre duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS num município e/ou conjunto de municípios, e outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão. O município de Salvador tem suas unidades de saúde organizadas em 12 Distritos Sanitários. São eles: Centro Histórico, Itapagipe, São Caetano/Valéria, Liberdade, Brotas, Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Itapuã, Cabula/Beiru, Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário, Cajazeiras. Cada distrito tem um conjunto de unidades de atenção básica e especializada, sob sua gestão e responsabilidade.

Ambas as unidades de saúde eleitas na pesquisa estão próximas de equipamentos urbanos muito utilizados pelas pessoas em situação de rua que circulam o Centro Histórico, tais como: Estação da Lapa, Praça da Piedade, Praça do Fórum Ruy Barbosa, Centro de Referência Especializada da Assistência Social para População de Rua: Creas-Pop da Baixa dos Sapateiros; Instituição Nair Saback, instituição de cunho religioso que distribui há 50 anos três refeições para estas pessoas; Recicladora União, que negocia os materiais reciclados, vendidos pela população em situação de rua do entorno; e a sede do Movimento Nacional das Pessoas em Situação de Rua.

A existência destas instituições próximas ao campo de pesquisa garantiu em certa medida um maior fluxo do grupo nas unidades selecionadas e também motivaram a sua escolha.

Antes da aplicação da pesquisa, o projeto e pesquisa da autora foi submetido a um comitê de ética, que, após avaliar todos os itens propostos, autorizou a aplicação da pesquisa (vide anexo 1).

Quanto às características das duas unidades de saúde da pesquisa, a primeira, Unidade **São Francisco**, existe desde 1996, já funcionou próximo à Igreja São Francisco, no Pelourinho, onde construiu vínculo e referência com pessoas mais vulneráveis às DST – HIV/Aids e, apesar de ser um centro especializado em doenças sexualmente transmissíveis, é cadastrada na Secretaria Municipal da Saúde como Unidade de Atenção Básica. Atende público específico, tais como: profissionais do sexo, travestis, homossexuais, pessoas em situação de rua.

Identificou-se que em 2013 a Universidade Federal da Bahia, em parceria com Secretaria Municipal da Saúde, tinha realizado levantamento do perfil dos usuários da unidade a partir do programa de DST/Aids, notou-se que este programa era o mais acessado pelo público em geral e era referência no serviço e serve para caracterizar o perfil da população em geral que frequenta a unidade. Os dados que foram coletados no levantamento da Ufba partiram de um formulário de atendimento de aconselhamento<sup>43</sup> em DST – HIV/Aids. Este formulário busca levantar questões

---

<sup>43</sup> O aconselhamento é uma forma de ajudar as pessoas a definir, para si próprias, a natureza dos problemas que estão a viver. Assim, elas podem tomar decisões realistas em relação ao que podem fazer para diminuir o impacto desses problemas sobre si, sua família e seus amigos/as. Ajudar as pessoas a adquirirem confiança para mudar o seu estilo de vida é uma parte fundamental do aconselhamento. O aconselhamento ajuda as pessoas a refletirem sobre os seus valores, atitudes, percepções e condutas para que possam fazer escolhas informadas e consistentes com os seus valores e prioridades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

sobre dados sociodemográficos, padrão comportamental sexual e informações médicas do aconselhamento pré e pós-teste, entre outras e não pretende especificar se a pessoa está em situação de rua ou não. Assim, os dados serão demonstrados para caracterizar o perfil geral do público que frequenta a unidade e foram liberados conforme autorização da Secretaria da Saúde Municipal (vide anexo 2). Neste levantamento, foram identificados que no período de 2009 a 2012 foram registrados 729 usuários, que buscaram o centro para fazer a testagem voluntária para HIV-Aids e hepatites. Importante mencionar que na unidade funcionam outros programas e serviços, como vacinação, programas de saúde, tais como prevenção nas escolas, antitabagismo, porém o programa de DST é o mais acessado pelos usuários e o de referência na unidade. Em linhas gerais, o objetivo do programa de DST é realizar o diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis.

Para construção e análise das características do público que frequenta o programa, utilizaram-se os dados do pacote estatístico SPSS. Os dados foram tratados pela estatística descritiva e inferencial (média e desvio-padrão do teste das diferentes dimensões, comparação das médias do teste mediante a aplicação de testes inferenciais e correlações). Sobre o perfil dos usuários da unidade, destacou-se: dos respondentes à categoria sexo (648 pessoas), 217 (29,8%) são homens e 431 (59,1%) são mulheres. Dos respondentes à categoria raça-cor (532), 255 declaram-se pardas (35%), 189 pretos (25,9%), 82 brancos (11,2%), amarelos (0,3%), indígenas (0,4%) e ignorados (0,1%). Dos respondentes ao estado civil (594), 359 são solteiros (42,2%), 188 são casados ou amigados (25,8%), 29 são separados (4%), 16 são viúvos (2,2%), duas pessoas não informaram (0,3%). O centro é acessado principalmente por mulheres, pessoas pardas e solteiras.

A segunda unidade pesquisada, localizada no Campo da Pólvora, chama-se **Ramiro de Azevedo**, funciona a 1 km da primeira unidade apresentada, a São Francisco, e é uma unidade básica de referência no programa de tuberculose.

Vale ressaltar a importância da atenção à tuberculose para a saúde das pessoas em situação de rua, e por isso vale aqui destacar um pouco do histórico desta instituição neste campo. Dados do Fundo Global<sup>44</sup> contra a Tuberculose no Brasil, de 2011, em pesquisas realizadas no Distrito Federal, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, apontam taxas de incidência de tuberculose de 1.576 casos

---

<sup>44</sup> Esses estudos foram realizados por secretarias de saúde dos municípios, universidades e instituições parceiras ao Projeto Fundo Global TB-Brasil, 2011.



por 100 mil habitantes a 2.750/100 mil entre pessoas que vivem nas ruas. Na população geral, a taxa é de 38 por 100 mil habitantes. Isso significa que a incidência de casos de tuberculose na população de rua pode ser até 70 vezes maior em relação à média nacional.

Silva (2013) informa que a unidade Ramiro de Azevedo funciona em frente à Praça do Fórum Ruy Barbosa e foi criada na cidade de Salvador em 1922, por iniciativa da Liga Baiana contra a Tuberculose. A melhor maneira de abordar sua trajetória é situá-la no momento da constituição das ações contra a tuberculose no Estado, remontando, portanto, ao final do século XIX e às primeiras décadas do século XX – a chamada peste branca era um problema de graves proporções, em diversas localidades do Brasil e do mundo.

Os estatutos da Liga Baiana versavam sobre a necessidade de criação de sanatórios para tuberculosos, que, por dificuldades financeiras, não se efetivou. A proposta de construção de sanatórios foi substituída pela criação de dispensários, espécie de centro de profilaxia, diagnóstico, tratamento e orientação em relação à tuberculose, cuja construção e funcionamento exigiam custos bem menores que os sanatórios (ARAÚJO, 1998, p.41). Esse foi o contexto de existência da Unidade Ramiro de Azevedo. A experiência com o modelo dispensário, o investimento institucional por parte dos poderes públicos, da iniciativa privada e da própria filantropia, ocorrido nesse período, não foi suficiente para alterar o quadro mais geral de mortalidade por tuberculose no Estado da Bahia. Em 1942, os números relativos à cidade de Salvador continuaram alarmantes, correspondendo a 513,09 óbitos por 100 mil habitantes. Não havia, por sua vez, uma medicação realmente eficiente para o tratamento da doença, seu controle requeria, também, ações políticas, sociais e econômicas que minorassem os efeitos das precárias condições de vida e trabalho da população pobre. Ou seja, ações que só poderiam ser verificadas com interferência governamental; no entanto, o desmonte das instituições voltadas para a área de tuberculose, observado a partir do aparecimento do arsenal quimioterápico na década de 1950, levou o Dispensário Ramiro de Azevedo a perder a sua especificidade e passar a ser uma unidade básica de saúde.

A unidade hoje continua especializada em tuberculose, porém agrega outros programas como Hiper-dia (voltado para hipertensão), DST, vacinação, pré-natal, dentre outros.

Não foram encontrados dados estatísticos ou estudos recentes que pudessem estabelecer as características gerais do público que frequenta o programa de tuberculose na unidade, assim como foi feito na Unidade São Francisco.

### 5.1.1.2 Método

Segundo Minayo (2010), é através das categorias historicidade, totalidade e as contradições no contexto analisado que se efetiva o método dialético crítico. Uma incessante busca do conjunto, um todo concreto, de sua descrição. A opção pelo método é por entender que o objeto ora apresentado por esse estudo é manifestado por sujeitos; logo, faz-se necessário ver sua interferência no processo, trazendo suas expressões, vivências, valores, trajetórias de vida. Isso é enfatizado por Lefebvre (1991), quando discorre que os fatos não devem ser analisados de forma isolada:

[...] isolar um fato, um fenômeno, e depois conservá-lo pelo entendimento, nesse isolamento, é privá-lo de sentido, de explicação [...] desenvolve que o conjunto das relações que são imbricadas no fenômeno é que são importantes e explica que é no conjunto dos aspectos que ele é fenômeno, aparência ou aparecimento essencial (LEFEBVRE, 1991, p.238).

Em consonância com o exposto acima, Prates (2000) apresenta algumas características deste método, que orientaram esta pesquisa:

[...]  
 – Reconhece o sujeito como unidade em processo, movimento e devir;  
 – Admite que não haja neutralidade na ciência e, portanto, no modo de olhar do pesquisador;  
 – Reconhece a importância fundamental do contexto social como elemento determinante da história da vida dos sujeitos;  
 – Busca mais do que dados isolados, a conexão entre múltiplos fatores, o desvendamento do real a partir de suas contradições inclusivas;  
 – Reconhece a historicidade da realidade e dos sujeitos;  
 – Reconhece o caráter político da pesquisa social – como construção coletiva que parte da realidade dos sujeitos mediando processos de desvendamento através de reflexão;  
 – Busca, mais do que conhecer condições de vida, apreender o modo de vida dos sujeitos (p.12).

Esses pontos são fundamentais, se for considerado o novo conceito que a saúde coletiva imprimiu em 1988, apresentado anteriormente nesta dissertação, onde se busca na saúde não só trabalhar a expressão normativa da doença,

analisando somente as queixas do indivíduo, nem só a dimensão coletiva epidemiológica, traduzida em números e prevalências de enfermidades, mas trazê-la em seu significado no conjunto das representações sociais e reivindicações políticas dos sujeitos, “em uma totalidade social que resulta das relações dos grupos sociais [...], mediadas pelo processo de trabalho e doença, e tem uma historicidade das relações sociais, econômicas, políticas e ideológicas” (MINAYO, 2010, p.127).

Trazer a realidade multifacetada destes sujeitos não é tarefa fácil, existem vários limites para cada estudo que se propõe debruçar sobre esta temática, especialmente a partir das condições históricas e estruturais que ele apresenta e que este trabalho tentou trazer linhas atrás.

O principal grupo da pesquisa é revelado como pessoas em situação de rua, porém, para chegar ao objeto, também foram entrevistados profissionais de saúde e gestores de instituições governamentais e não governamentais que compõem a rede socioassistencial, pessoas que, na opinião da pesquisadora, têm a priori características específicas que são importantes de serem refletidas no trabalho. Ressaltando que essas pessoas serão representativas de tendências, não generalizáveis ao todo.

Prates (2000, p.130) menciona que investigar a realidade de pessoas em situação de rua requer acima de tudo percebê-las como imagem e também como espelho da contradição de uma sociedade de classe, que explora e acirra as expressões da questão social.

O caminhar foi dentro de uma abordagem qualitativa, que, segundo Minayo (2006, p.32), partiu da perspectiva dialética e toma como ponto de vista a análise dos sujeitos sociais sobre o vivenciado e abrange as relações de produção, poder e as instituições.

### **5.1.1.3 Técnicas**

A observação direta foi fundamental para entender o fluxo de atendimento das pessoas em situação de rua nas unidades, e a utilização desta técnica perpassou toda a aplicação das outras técnicas.

Como já mencionado, as técnicas foram selecionadas a partir da viabilidade de aplicação em cada unidade. A observação direta foi uma das técnicas aplicadas nas duas unidades, visando coletar dados sobre o atendimento das pessoas em situação

de rua, onde se buscou levantar com roteiro não estruturado (vide Apêndice A) os setores das duas unidades, conhecer suas formas de registros e atendimento das pessoas em situação de rua. Toda a observação foi acompanhada de anotações em diário de campo, buscando detalhar os acontecimentos observados em torno das categorias operacionais, já apresentadas.

**QUADRO 1**<sup>45</sup>

OBJETO: a relação situação de rua e os entraves no acesso à saúde, a partir da realidade das pessoas adultas em situação de rua que circulam no Centro Histórico de Salvador.			
Campo	Objetivos	Grupos pesquisados	Técnica
Unidade São Francisco	Identificar se existe o acesso das pessoas adultas em situação de rua a projetos, programas e serviços de uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Centro Histórico de Salvador e as dificuldades de natureza civil, cultural e social que tensionam a garantia deste direito	Pessoas em situação de rua	Observação direta Análise documental Grupo focal
Unidade Ramiro de Azevedo	Identificar se existe o acesso das pessoas adultas em situação de rua a projetos, programas e serviços de uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Sanitário Centro Histórico de Salvador e as dificuldades de natureza civil, cultural e social que tensionam a garantia deste direito	Pessoas em situação de rua Profissionais de saúde	Observação direta Entrevista semiestruturada
Rede Socioassistencial	Verificar as estratégias governamentais que vêm sendo adotadas em Salvador para inclusão das pessoas adultas em situação de rua aos mecanismos de proteção social e de saúde	Gestores Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, Secretaria da Saúde municipal e estadual, ONGs de atendimento a pessoas adultas em situação de rua; Secretaria Municipal e Estadual de Assistência Social	Entrevista semiestruturada

A variedade das técnicas nas duas unidades visou evitar a exaustão dos entrevistados, portanto foram adequadas as dificuldades apresentadas na coleta de dados, bem como pela viabilidade dos dados disponíveis.

<sup>45</sup> Quadro explicativo da abordagem metodológica.

O interesse inicial era realizar pesquisa quantitativa e qualitativa com aplicação de análise documental nas duas unidades, buscando por meio de relatórios e prontuários estabelecer o perfil clínico psicossocial e econômico das pessoas em situação de rua; no entanto, durante a coleta, algumas dificuldades inviabilizaram esse procedimento, sendo que a análise ao prontuário foi somente realizada na Unidade São Francisco e até mesmo nesta unidade os dados cadastrados mostraram-se insuficientes, pois faltaram registros fundamentais para preencher o roteiro (vide apêndice B) que buscou caracterizar o perfil. Observou-se que as informações traziam um histórico muitas vezes descontinuado e que o registro era realizado somente pelo Serviço Social da unidade, não havendo um cadastro de acesso geral de informações deste público disponível a outros setores.

Notou-se que o Serviço Social da Unidade São Francisco tinha como metodologia de trabalho oficinas de saúde com as pessoas em situação de rua o que pode viabilizar a realização de grupos focais na unidade. Assim, para coletar informações em torno das dificuldades para acessar a Unidade de Saúde São Francisco, foram realizados três grupos focais. Esta técnica foi escolhida devido ao fato de o espaço institucional atender a dois princípios que Minayo (2010) considera fundamentais para a realização de grupo focal<sup>46</sup>: “[...] promover um debate participativo e promover condições de aprofundamento [...]”. Os grupos foram realizados na unidade logo após a análise dos prontuários.

Os grupos foram realizados em setembro de 2013, o convite foi feito pela própria autora, no qual eram esclarecidos os motivos e os objetivos do trabalho, conforme o TCLE 1 (vide apêndice H). A aproximação e a aceitação do trabalho foram satisfatórias, considerando que eles já tinham o hábito de trabalhos grupais realizados pelo Serviço Social da unidade.

As categorias que foram analisadas nos grupos foram o valor saúde e autocuidado, associações rua e saúde, mudanças de atitudes, consciência de riscos, utilização do serviço, com quais prioridades, entraves, fatores facilitadores, mecanismos de superação, conhecimento de direitos, acolhimento dos funcionários,

---

<sup>46</sup>Grupo focal é definido como “[...] um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal” (KITZINGER, 1994, p.103), diz que o grupo é focalizado, no sentido de que envolve algum tipo de atividade coletiva – como assistir a um filme e conversar sobre ele, examinar um texto sobre algum assunto, ou debater um conjunto particular de questões (GATTI, 2005, p.7).

aspectos relacionados a preconceito e discriminação, linguagem acessível a estas pessoas, medos, demonstrados e externados.

O grupo autorizou que as informações fossem gravadas com anuência dos participantes em TCLE. Foram oferecidas informações sobre a rotina da reunião e a duração do encontro, o porquê da escolha dos participantes, a forma de registro do trabalho conjunto. A garantia do sigilo dos registros e dos nomes dos participantes.

Segundo Gatti (2005, p.18), o grupo deve ter uma composição que se baseia em algumas características homogêneas dos participantes, mas com suficiente variação entre eles para que apareçam opiniões diferentes ou divergentes. A característica comum pode ser relativa a gênero, idade, condições socioeconômicas, tipo de trabalho, estado civil, lugar de residência, frequência de uso de certo serviço público ou social, escolaridade, ou outra. Houve no trabalho a participação de uma mulher, fato que surpreendeu, pois normalmente elas não interagem em grupo com outros homens. Os grupos foram realizados em três dias diferentes, com intervalo de três dias de um para outro, visando não ter a evasão dos participantes, e tiveram duração em média de uma hora cada um, no período matutino, todos realizados no mesmo local na Unidade São Francisco. Quanto à frequência, somente um integrante não participou do último encontro.

Os grupos sempre eram iniciados com a apresentação dos participantes e tinham como norte o roteiro estabelecido.

Já na Unidade Ramiro de Azevedo não foi possível aplicar o levantamento de dados secundários nos prontuários da unidade, pois, segundo informações coletadas na fase exploratória, a unidade não possuía registros acessíveis das pessoas em situação de rua; foi informado que havia somente cadastro de quatro pessoas em situação de rua (no programa de tuberculose) e que estes prontuários não ficavam separados dos demais, o que demandaria muito tempo para identificação destes sujeitos no universo de milhares de fichas arquivadas na unidade; não havia também a identificação do prontuário sobre a condição social de rua ou não do paciente. Elegeu-se então a entrevista como principal instrumento para a Unidade Ramiro de Azevedo. Foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde e com as pessoas em situação de rua que acessaram o serviço no ano de 2013. O critério de seleção para o grupo de pessoas em situação de rua foi: morar na rua e circular no Centro Histórico de Salvador, ter vínculos familiares rompidos, ter mais de 18 anos, já ter utilizado ou tentado utilizar a rede de

saúde municipal do Distrito Sanitário Centro Histórico. O fato de a unidade ter uma localização mais privilegiada que a Unidade São Francisco facilitou a abordagem direta a algumas pessoas em situação de rua, pois muitos dormiam na praça em frente à referida unidade, ou utilizavam a recepção da unidade para assistir a televisão periodicamente.

A entrada neste campo foi facilitada; no entanto, a presença da autora e a apresentação do tema da pesquisa tornaram a relação com as pessoas em situação de rua um pouco tensa, devido à relação que os entrevistados faziam da autora com a unidade de saúde.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas na Unidade Ramiro de Azevedo com pessoas adultas em situação de rua e com treze profissionais de saúde.

A abordagem com os entrevistados versou sobre as categorias operacionais da pesquisa.

O número de entrevistados com as pessoas em situação de rua foi definido pelo critério tempo disponível e dificuldade de acesso ao público, considerando que estes sujeitos circulam, mas não frequentam diariamente a unidade. Foi aplicado roteiro de entrevista semiestruturado (vide Apêndice C). O roteiro objetivou ser flexível e permitir a narrativa das vivências emitidas pelos entrevistados e suas relações. Destaca-se que os entrevistados foram questionados sobre a escolaridade; e sendo não alfabetizados, a entrevista foi lida e explicada pelo pesquisador e posteriormente solicitada a assinatura datiloscópica (vide apêndice H – TCLE-2).

Já as entrevistas com os dos profissionais, o critério foi as suas profissões: um psicóloga, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, um médico, um farmacêutico, um ajudante de farmácia, quatro recepcionistas lotados em uma das unidades de saúde e que trabalhavam no atendimento direto à população geral. A estes foi aplicado roteiro de entrevista específico (vide apêndice D) e também foram explicados os aspectos éticos da pesquisa e solicitada a assinatura (vide apêndice G – TCLE-1).

Foram entrevistados 13 profissionais de saúde da Unidade Ramiro de Azevedo, o critério de escolha sustentou-se também na observação direta nas duas unidades, que demonstrou que alguns serviços e programas eram mais relevantes em consideração à demanda, ou seja, a procura pelas pessoas em situação de rua mostrada pela importância para o grupo pesquisado, como também o perfil

estabelecido pelo senso, que indica as principais demandas para a saúde desta população.

Assim foram priorizados os profissionais do programa de tuberculose e DST (vide apêndice D)

Fora as duas unidades, outro grupo que foi entrevistado na pesquisa foram gestores da rede socioassistencial, representantes de instituições fundamentais para a garantia de direitos sociais: Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, secretarias da Saúde municipal e estadual, organizações não governamentais de atendimento a pessoas adultas em situação de rua; secretarias municipal e estadual de Assistência Social, buscando conhecer as estratégias que vêm sendo adotadas na Bahia para inclusão das pessoas adultas em situação de rua e os mecanismos de proteção social e de saúde (vide apêndice E). Ambos, profissionais de saúde e gestores, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide apêndice G).



## 6 RESULTADOS DA PESQUISA: O ACESSO À SAÚDE NO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR

*Não somos lixo; Não somos lixo e nem bicho. Somos humanos.  
Se na rua estamos é porque nos desencontramos [...].*

(Carlos Eduardo, Cadu, pessoa em situação de rua em Salvador)

Este capítulo pretende apresentar o resultado dos dados coletados nas duas unidades e na entrevista com os gestores, por meio da aplicação das técnicas apresentadas no capítulo anterior: observação direta e levantamento de dados secundários nos prontuários, entrevistas semiestruturadas e grupo focal. O tratamento analítico dos resultados se dará pela análise de conteúdo, que, para Badim (1979), pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições da produção/recepção destas mensagens (p.42).

Por este procedimento técnico, é possível tornar replicadas e validadas inferências sobre dados de algum contexto.

Propõe-se também a avaliar os conteúdos a partir da análise hermenêutica dialética proposta por Habermas no seu diálogo com Gadamer (1987) *apud* Minayo (2010), que pretende: “[...] superar o formalismo das análises de conteúdo e de discurso, indicando um caminho do pensamento a hermenêutica”, e busca compreender o texto no sentido de:

[...] biografia, narrativa, entrevista, documento, artigo, dentre outros. Na abordagem hermenêutica, a unidade temporal é o presente onde se marca o encontro entre o passado e o futuro ou entre o diferente e a diversidade dentro da vida atual mediada pela linguagem que pode ser transparente ou compreensível, nunca completo e nunca total [...] (p.301).

A aplicação das técnicas busca se aproximar do objeto, entender como ele se expressa, nas características dos sujeitos e no olhar daqueles que se relacionam com a situação de rua.

Este capítulo mostrará o que os gestores estão encaminhando dentro das políticas sociais para a população em situação de rua, como os profissionais

recebem e avaliam essa demanda na saúde e os entraves burocráticos demonstrados pelos sujeitos que avaliam as dificuldades de acesso à saúde a partir de seu cotidiano nas ruas.

## 6.1 O QUE VEM SENDO FEITO NA BAHIA E EM SALVADOR: O OLHAR DOS GESTORES

O objetivo da entrevista com os gestores, como já dito anteriormente, foi verificar as estratégias governamentais que vêm sendo adotadas em Salvador para inclusão das pessoas adultas em situação de rua aos mecanismos de proteção social e de saúde. No entanto, vale ressaltar que o ano de realização da pesquisa (2013) deu-se em um período adverso, de transição governamental, o que dificultou a disponibilidade dos entrevistados, muitos estavam recém-empossados nos cargos de gestão com poucas informações; também foi percebido o receio de conceder as entrevistas, para não implicar perda de cargos, com as informações fornecidas. Vale destacar que é um período que antecede a Copa do Mundo, ocorrendo assim algumas ações governamentais higienistas<sup>47</sup>, outras com características de inclusão precária, a exemplo da realizada pela Secretaria Estadual de Assistência Social, na reforma da Arena Fonte Nova<sup>48</sup>. Na saúde, foi um momento de muitos encontros promovidos pelo Município para discutir a situação de rua e a criação de uma estratégia de ação de saúde no espaço da rua – “o surgimento da estratégia Consultório na Rua”, já apresentado nesta dissertação. As falas abaixo são de gestores representantes da Secretaria Municipal da Saúde, secretarias municipal e estadual de Assistência Social, organização não governamental que atende pessoas em situação de rua e Secretaria da Justiça e Direitos Humanos. Faz-se a ressalva de que a Secretaria da Saúde Estadual não participou da

---

<sup>47</sup> O higienismo é uma doutrina que nasce com o liberalismo, na primeira metade do século XIX, quando os governantes começam a dar maior atenção à saúde dos habitantes das cidades. Considerava-se que a doença era um fenômeno social que abarcava todos os aspectos da vida humana. <sup>1</sup> A necessidade de manter determinadas condições de salubridade no ambiente da cidade mediante a instalação de adução e tratamento da água, esgotos, iluminação nas ruas, e assim poder controlar as epidemias, foram dando forma a esta corrente, que se baseava no novo princípio de “rentabilidade” [...] [para reorientar] os valores atribuídos à comida, às bebidas, ao ar respirado no trabalho e no descanso, à limpeza do corpo que necessita deixar penetrar o oxigênio pela pele. Vigarello (acessado em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Higienismo>, 2014). Na atualidade, refere-se à retirada das pessoas em situação de rua deste espaço em uma perspectiva de limpeza urbana.

<sup>48</sup> Um dos estádios mais populares da cidade de Salvador, articulando também a política de trabalho.

pesquisa, apesar dos vários contatos da autora, ela não se disponibilizou a falar sobre o tema.

Pode-se afirmar que, tanto no âmbito federal como no municipal, perceberam-se vários movimentos no sentido de instituir ações, programas, serviços para o cuidado à saúde junto às pessoas em situação de rua no ano de 2013, porém devido às ações serem recentes, esta dissertação não teve elementos para analisar o impacto para a saúde das pessoas em situação de rua a partir do grupo pesquisado. As ações são iniciais e ainda tateiam quanto à melhor forma de abordagem à saúde deste público.

Na entrevista com os gestores, a primeira pergunta foi sobre o acesso à proteção social e direitos sociais pelas pessoas em situação de rua, o que vinha sendo feito nos órgãos governamentais e não governamentais para elas (políticas, leis municipais, programas, projetos, benefícios, decretos). Foi solicitado que especificassem o número de lei e decreto e o ano de validade e, o mais importante, a avaliação do gestor sobre a eficácia das ações propostas nestes instrumentos legais.

**Figura 1 – O que vem sendo feito em Salvador**

**ASSISTÊNCIA SOCIAL ESTADUAL**

*O governo do Estado instituiu o Programa Bahia Acolhe, com o Decreto 13.795/12<sup>49</sup>. Este programa vem atuando na articulação das políticas setoriais, de modo a facilitar o acesso das pessoas em situação de rua nos diversos serviços de proteção social. Implantou quatro unidades de acolhimento por meio de convênios com ONGs, sendo três casas de passagem e um serviço em República; um serviço especializado de abordagem social e um serviço de assessoria e formação.*

**ASSISTÊNCIA SOCIAL MUNICIPAL**

*O que vem sendo executado está dentro das leis, decretos e portarias em nível nacional: Lei nº 11.258<sup>50</sup>, de 2005, Portaria MDS nº 381, de 12 de dezembro de 2006, Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009<sup>51</sup>, Resolução da Comissão Intergestores Tripartite – CIT nº 7, de 7 de junho de 2010 e outros.*

<sup>49</sup> O Decreto 13.795/12 da Secretaria de Assistência social do Estado tem por objetivo promover ações integradas voltadas para a garantia dos direitos e inclusão na rede de proteção social básica e especial de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos que estão em situação de risco social e pessoal, vivendo nas ruas, vítimas de violência, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, assegurando proteção social, reconhecendo suas demandas e necessidades para promover as seguranças de acolhida e sobrevivência, fortalecendo, preservando ou restabelecendo vínculos familiares e comunitários.

<sup>50</sup> A Lei nº 11.258, de 2005, altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua (MDS, 2005).

<sup>51</sup> Portaria MDS nº 381, de 12 de dezembro de 2006, Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS nº 109, versa sobre POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA – Inclusão no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (MDS, 2010).

**SAÚDE MUNICIPAL**

*O Distrito Sanitário Centro Histórico, órgão administrativo da SMS de Salvador, tem promovido reuniões mensais com os profissionais das unidades de saúde e representantes das entidades que prestam assistência às pessoas em situação de rua, a fim de dialogar sobre a política de atenção a estas pessoas e articular ações compartilhadas em prol dos mesmos.*

*Vale lembrar que distrito sanitário tem sido reconhecido como unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam os recursos de saúde, públicos e privados, organizados por mecanismos políticos institucionais com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações integrais de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas da saúde.*

**SECRETARIA DA JUSTIÇA**

*A Defensoria Pública não conhecia a demanda das pessoas em situação de rua e em junho de 2011 iniciou a apropriação da escuta na saúde. Verificaram-se dificuldades de documentação, violência institucional. O motivador para a escuta foi a preocupação com as pessoas que não acessam a justiça, violência policial [...] Consulta para cirurgia eletiva. O Bahia Acolhe, Sempe, Movimento Nacional criaram um estatuto, pessoa jurídica, que significa a 1ª associação na Bahia para as pessoas em situação de rua com apoio jurídico. Alguns programas provocaram esta organização devido a suas demandas canalizadas para a Justiça: a Ordem na Casa, o Pacto pela Vida, do Governo do Estado, para retirar as pessoas em situação de rua.*

**ONGS**

*Aqui temos cuidado com a vitimização, é um espaço de espiritualidade com aprovação do bispo em agosto de 2000, surgiu de pessoas que viviam na rua, homens e mulheres puderam partilhar o mesmo espaço, escolheram e fazem as opções, específicas e escolhem ter um espaço de aconchego caloroso e uma família, uma irmandade. É uma comunidade, são pessoas, irmãs e irmãos. A primeira pessoa tinha transtorno e foi se adaptando às necessidades das outras pessoas que surgiam. O jornal nasceu por causa do trabalho, necessário a estas pessoas, hoje são 400 mil exemplares. Não se considera uma instituição para pessoas em situação de rua, não é este o fim.*

Fonte: entrevista realizada com gestores em 2013

Quanto às prioridades das políticas descritas acima, Paim (2006) assegura que:

No caso de um sistema de saúde que se pretende universal e igualitário, ousaria afirmar que todos os cidadãos se prejudicam com tais deficiências. Diante das violências e acidentes, das epidemias como a dengue ou dos produtos e serviços com riscos sanitários, todos são vulneráveis, explica. Para ele, o SUS deve priorizar os excluídos sociais, os pobres, as crianças, as mulheres, os negros, os portadores de necessidades sociais e os trabalhadores informais sem perder de vista a perspectiva da universalidade. “Essa atenção diferenciada se justifica pela elevada magnitude ou pelos maiores riscos a que estão submetidos esses grupos sociais” (p.68).

Percebe-se que as ações governamentais instituem decretos, leis, portarias, necessárias para reconhecer os direitos das pessoas em situação de rua, porém essas ações exprimem mais uma vontade ou intenção e não se operacionalizam. O Estado tem como carro-chefe o Programa Bahia Acolhe, que

no seu bojo traz uma perspectiva conservadora e higienista para atender a este quadro, o seu foco é a reclusão ou institucionalização destas pessoas, como mencionado pela Secretaria de Assistência Social Estadual, quando refere como avanço “[...] implantado em quatro unidades de acolhimento [...]”, um entendimento de que a situação de rua é um problema de acolhimento, ou moradia, negando assim a sua multifatorialidade. O programa trabalha com agentes sociais nas ruas em detrimento de abordagens que seriam mais exitosas, como os educadores sociais<sup>52</sup>. Outro fator agravante é o fato de que os profissionais que trabalham nestes programas são contratados com vínculo precário (Reda e contratos por tempo determinado), o que não garante a formação de vínculo, tão necessária neste tipo de abordagem.

Na assistência social municipal, onde se concentram os maiores benefícios para as pessoas em situação de rua, verifica-se o entendimento de que o problema da pobreza se restringe a renda, isto é defendido por Mota (2008) e Behring (2006), a focalização na política de Assistência Social em detrimento de outras políticas sociais importantes para a efetivação da saúde.

Quanto à saúde municipal no que se refere ao Centro Histórico, este está sendo campo inicial de experiência-piloto na atenção à saúde das pessoas em situação de rua, como dito com a implantação de uma equipe de consultório na rua; no entanto, o que se pergunta é por que só agora, considerando a existência histórica desta população no Centro Histórico de Salvador. Percebe-se que, apesar de as pessoas em situação de rua serem uma expressão extrema da questão social presente ao longo da história em Salvador, a proteção social se estrutura de forma lenta e tardia para sua atenção.

Ainda sobre o acesso aos direitos sociais, nota-se, pelas respostas apresentadas pelos gestores entrevistados, que a Secretaria de Direitos Humanos consegue, por meio da Justiça formal, provocar a efetivação de direitos, que em tese já são garantidos, porém se efetivam com a de aplicação de procedimentos legais, quando relata quanto a organizações de atenção jurídica a pessoas em situação de rua – “[...] alguns programas provocaram esta

---

<sup>52</sup> Em Salvador, a experiência exitosa de educadores sociais se deu com o Projeto Axé (ONGs), voltado para atenção a meninos e meninas em situação de rua e a utilização da técnica de arte educação (grifo nosso).

organização, devido a suas demandas canalizadas para a Justiça [...]”. Velho (1996) assevera:

Há questão de ordem institucional, porém a vontade de aplicar a própria Justiça é reforçada quando o hiato entre a justiça substantiva e a justiça formal torna-se significativo. A proteção dos cidadãos contra a discricionariedade do Estado e seus agentes é assegurada pela Justiça formal, que exige respeito aos procedimentos legais. Um Judiciário forte e eficiente é condição necessária à defesa dos cidadãos, sobretudo os mais vulneráveis ao arbítrio de agentes públicos (p.13).

Solicitou-se dos gestores que avaliassem os critérios para inserção das pessoas em situação de rua a cada política representativa de sua atuação, enquanto direitos sociais.

**Figura 2 – Acesso aos direitos sociais na visão dos gestores**

**AS ESTADUAIS**

*Cada equipamento tem sua especificidade, mas, em regra geral, cumpre-se o disposto no programa, que é o de facilitar o acesso da população de rua aos serviços de proteção social, portanto, o principal critério é o desejo dos usuários em acessá-los.*

**AS MUNICIPAIS**

*Estar em situação de vulnerabilidade social e estar na área de abrangência do Cras de referência, esses são os critérios, e por ser uma unidade pública não pode negar atendimento, mas deve referenciar os usuários aos Creas e Centro Pop, a quem compete o acompanhamento.*

**SAÚDE MUNICIPAL**

*Os princípios do SUS são os critérios que norteiam a assistência das pessoas em situação de rua na saúde.*

**ONGS**

*Para todos é o mesmo processo. Precisa conhecer a comunidade e a pessoa que verbaliza que quer se integrar ao grupo dos novos. O que dificulta mais como forma externa é a discriminação, infelizmente tem que usar o sistema paralelo. Para o morador que chega sozinho é difícil, ele é atendido, mas a medicação não tem até remédio; sem documentação é difícil. A outra é de ordem interna, ele passou por um processo longo de feridas, envolve afeto, trabalho, amizade, várias perdas, sofrimento. Ele muitas vezes tem um membro apodrecendo e não acha que é dele. Ele não vai na rede primária, porque, se for, mandam ele para o hospital. A má relação com o corpo e o medo do hospital é algo presente. A não aceitação da doença – como fazer para cuidar do paciente com HIV, hanseníase? O despertar o desejo de se cuidar, com isso tudo se consegue resolver na saúde. [...] havia uma pessoa em situação de rua que tentou oito meses para fazer o tratamento e morreu; e outra pessoa com doença mental que morreu com overdose no Juliano Moreira.*

Fonte: entrevista realizada com gestores em 2013.

Notou-se que os gestores não fizeram referência à intersetorialidade ou à complementaridade necessária para efetivação do direito à saúde, considerando que, no caso das pessoas em situação de rua, a multifatorialidade de questões envolvidas no contexto da rua requer esta intersetorialidade. A Assistência Social Estadual comenta [...] *cada equipamento tem sua especificidade [...]*.

A resposta dos gestores demonstra que os critérios de inserção na política social em diversas áreas não operacionalizam o direito social, mas reforçam a desigualdade; a Assistência Social Estadual enfatiza [...] *o principal critério e o desejo do usuário em acessá-los [...]*, descrevendo sobre os equipamentos da assistência social; no entanto e em contraposição à afirmação anterior, o gestor da ONG afirma que existem pessoas que não aceitam a doença – [...] *a não aceitação da doença [...]* – e com as pessoas em situação de rua, explica que existem fatores internos e externos que dificultam o desejo de se cuidar; e ainda afirma [...] *eles muitas vezes têm um membro apodrecendo e não reconhece que é dele [...]*. Esses critérios fazem parte de direitos universalizantes e, assim, extensos a “todos”, porém, na saúde das pessoas em situação de rua, por exemplo, ainda não se encontrou a resposta para a equação: igualdade, equidade e as práticas institucionais. Em outras palavras, a igualdade para essas pessoas não se efetiva porque elas necessitam de ações políticas e institucionais que considerem as suas particularidades. O acesso garantido a todos em qualquer nível encontra-se em oposição ao cotidiano institucional, que no seu esmiuçar apresenta práticas dos agentes envolvidos que reforça a tônica da desigualdade e iniquidade no acesso à saúde.

Quanto aos recursos disponíveis para atendimento às pessoas em situação de rua, foi solicitado que os gestores avaliassem se estes eram suficientes ou insuficientes.

**Figura 3 – Gestores, quanto aos recursos disponíveis**

**AS ESTADUAIS**

*Insuficientes. A demanda é maior que a capacidade de atendimento dos equipamentos disponibilizados. Seriam necessários mais investimentos, inclusive para ações de educação social e divulgação de conhecimentos adequados sobre esse grupo populacional.*

**AS MUNICIPAIS**

*Trabalhamos articulados com a CPSE, no entanto os recursos disponíveis são para atendimento de todos os sujeitos que buscam o serviço do Cras, dentro do que preconiza o MDS, não temos recursos específicos para atendimento das pessoas em situação de rua.*

**SAÚDE MUNICIPAL**

*As unidades de saúde são os principais recursos disponíveis do DSCH para prestar assistência a pessoas em situação de rua, que oferecem: vacina, curativo, atendimento ambulatorial com médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social e outros. Dentro da área geográfica do DSCH não possui unidade de pronto atendimento, as unidades básicas estão com déficit de pessoal e com estrutura física precária para prestar assistência de qualidade para estas pessoas e também muitos profissionais de saúde não são ainda sensibilizados ou preparados para atender às demandas deste público.*

**SECRETARIA DA JUSTIÇA**

*Insuficientes: sendo a necessidade de maior número de profissionais para atividades externas, alguém da Defensoria contratado para atuar no Centro Pop, material, Kombi para fazer o desdobramento dos em situação de rua. Quatro estagiários – dois estagiários de Direito, um defensor, um espaço de três anos, transporte próprio.*

**ONGS**

*A comunidade custeia as medicações com aqueles que não conseguem; de competências profissionais. Os profissionais não são remunerados. O que se recebe não cobrar. A arrecadação não paga todas as despesas. Dificuldades do tipo estrutural que é o sistema do SUS, que é mais empobrecido. A grande dificuldade de atendimento. Falta de vagas na saúde.*

Fonte: entrevista realizada com gestores em 2013.

A falta de recursos para efetivação das políticas sociais demonstra a sua desvalorização “reforçada por um discurso da eficiência e da moralização administrativa, em um momento que se propõe universalização de direitos. Verifica-se que para superar a defasagem entre as propostas técnico-institucionais e as demandas das classes populares, exige-se que se rompa com o discurso de eficiência, colocando as pessoas como as que estão em situação de rua subordinadas a questões administrativas”, “um ritualismo institucional que contemple a demanda sem que isso signifique apenas a busca da racionalidade da economia de recursos [...]” (CHON, 2010, p.27).

A lógica no Brasil, segundo Silva (2009, p.173), em relação às políticas sociais tem caráter contraditório, pois atende “às demandas do capital e do trabalho, por serem determinadas pela luta de classe”. O Estado reconhece a falta de recursos – [...] *a demanda é maior que a capacidade de atendimento [...]* – e se enrijece em ações que possam alterar este quadro; o município também reconhece a falta de recursos e afirma [...] *não temos recursos específicos para atendimento a estes sujeitos [...]*. Cria-se assim um abismo entre avanços legais e investimentos públicos para efetivá-los. O gestor da política saúde municipal reconhece que [...] *a estrutura física é precária para prestar atendimento de qualidade [...]*.

Quanto aos entraves para a efetivação das políticas sociais, direitos sociais, civis e políticos para as pessoas adultas em situação de rua, os gestores responderam:



**Figura 4 – Respostas dos gestores quanto aos entraves para acesso às políticas sociais**

**AS ESTADUAIS**

*Há ainda um cenário de desconhecimento e preconceito em relação às pessoas em situação de rua, quer seja na sociedade como um todo, quer seja nas esferas da gestão pública, que vê os recursos destinados a este público como gastos públicos desnecessários e não como investimento social.*

**AS MUNICIPAIS**

*Pouco conhecimento do público em questão (pessoas em situação de rua) por parte dos gestores e profissionais de atendimento; o estigma que cerca as pessoas em situação de rua; falta de capacitação dos profissionais para atendimento deste público, conhecimento insuficiente das leis, resoluções, decretos e portarias; rede de serviços socioassistenciais insuficiente e ou pouco preparados para atender às demandas trazidas pelas pessoas em situação de rua.*

**SAÚDE MUNICIPAL**

*Despreparo dos profissionais de saúde para atender as pessoas em situação de rua; desorganização de toda a rede de atenção a estas pessoas, pois não existe articulação das instituições que prestam assistência aos mesmos; pouco investimento público na área de atenção a estas pessoas.*

**SECRETARIA DE JUSTIÇA**

*Faltam ações dos programas Ordem na Casa e Pacto pela Vida, do Governo do Estado, para retirar as pessoas em situação de rua. Mudança no local e especificação de um profissional para atender de forma específica. Faltam programas habitacionais e um núcleo fundiário, junto com o Ministério da Saúde, para capacitar um grupo focal de pessoas em situação de rua.*

**ONGS**

*O maior desafio é a saúde mental, se aproximar e cuidar, pois é uma porcentagem muito alta de pessoas em situação de rua. Faz parte do doente mental negar a doença, mas enquanto não chega, isso é difícil, todo hospital não tem uma ala psiquiátrica. O sistema não consegue incluir. A maioria das políticas está na Assistência Social, deveria ser mais da área da saúde. Um atendimento de saúde especializado.*

Fonte: entrevista com os gestores em 2013

No entanto, as falas dos gestores trazem dificuldades, como preconceito dos profissionais, falta de documentos, demora de atendimento. Verifica-se que a responsabilidade não é atribuída à falta de efetivação das políticas sociais ou da proteção social que elas compõem; essas responsabilidades, segundo os gestores, ficam restritas aos indivíduos, profissionais e pessoas em situação de rua, porém não se percebe a avaliação das raízes políticas. Verifica-se na fala do gestor da saúde municipal [...] *despreparo dos profissionais de saúde para atender pessoas em situação de rua [...]*.

Foi solicitado que, em contrapartida, os gestores discorressem sobre os avanços no atendimento a pessoas em situação de rua, onde o grupo de gestores mencionou:

**Figura 5 – Gestores sobre os avanços nas políticas sociais**

**AS ESTADUAIS**

*Nota-se que a partir do Programa Bahia Acolhe, fruto de uma forte parceria com o Movimento de População de Rua, as pessoas em situação de rua começam a sair da total invisibilidade, para ocupar espaços de discussão e decisão que antes lhes eram cerceados. Já se percebe um movimento positivo de construção de políticas públicas mais voltadas à consolidação da cidadania da população de rua, com o engajamento de órgãos de controle e sociedade civil organizada.*

*No entanto, ainda há uma caminhada árdua a se trilhar para que as pessoas em situação de rua tenham maiores e melhores oportunidades de reconstituir laços familiares e comunitários e, conseqüentemente, se tenha cada vez menos pessoas na situação de rua na Bahia e no Brasil. Entretanto, compreendo que isso não se dará apenas por vontade política, mas também por uma forte tensão emergida daqueles que são os maiores interessados, as pessoas em situação de rua.*

**AS MUNICIPAIS**

*Depois da criação do Centro Pop de Salvador, facilitou-se o diálogo entre a Coordenação de Proteção Especial e Coordenação Básica, onde são atendidos principalmente no Centro de Referência da Assistência Social Itapagipe, por estar próximo ao Centro Pop. As pessoas em situação de rua são atendidas prioritariamente no Centro Referência Especializado em Assistência Social e Centro Pop, mas alguns serviços também podem ser ofertados no espaço de Cras.*

**SAÚDE MUNICIPAL**

*O Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e de outras providências, a Política de Assistência Social (Suas), as reuniões mensais que o Distrito Sanitário Centro Histórico vem promovendo com os profissionais e representantes das entidades que trabalham com pessoas em situação de rua, implantação futura da equipe de consultório na rua na área do Centro Histórico e Itapagipe para prestar assistência a estas pessoas.*

Fonte: entrevista com gestores em 2013.

A análise dos fragmentos das falas dos gestores demonstra a tentativa destes em proclamar como deles conquistas políticas que foram frutos de lutas de classe. Assim, não reconhecem que as leis e os equipamentos existentes para as pessoas em situação de rua, mesmo que precários, são respostas à recente organização política destes trabalhadores, porém os gestores insistem em afirmar que estas conquistas são [...] *fruto de uma forte parceria* [...].

Behring (2006) reconhece que, desde 1990, houve um processo de contrarreformas política do Estado que era contraditório às reivindicações do povo quanto às mudanças nas políticas sociais dirigidas, que foram pressionadas pelas reformas econômicas, com a justificativa de ajuste fiscal, padrões universais em detrimento da extração de superlucros. A autora identifica o aumento do que ela denomina de “violência de cima”, onde o Estado se obstaculiza no encaminhamento das políticas sociais prometidas na reforma de 1988, agravando, assim, ainda mais o quadro de pobreza e ineficácia das políticas sociais. Esta é a forma mais ampla de analisar os problemas identificados pelos gestores acima.

Percebe-se que as políticas sociais no Brasil voltadas para este público também atuam na lógica de empreender reformas, porém as reformas reais, segundo Behring (2006) significariam mudanças na vida dos “de baixo”. A avaliação das respostas dos gestores nos remonta confirmarem que as reformas prometidas em 1988, quando se avalia o encaminhamento das políticas sociais, aproximam-se mais de uma modernização conservadora ou reformulação do Estado para adaptação passiva à lógica do capitalismo, pois não há indícios de reais reformas. A efetivação destas políticas para aqueles que vivenciam a pobreza extrema, como as pessoas em situação de rua, ratifica uma lógica de opressão, percebe-se também que se enfatiza aqui que o tipo de inclusão que se propõe gira em torno de ações curativas em detrimento de ações preventivas.

## 6.2 CARACTERÍSTICAS DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NO CAMPO EMPÍRICO

No momento subsequente da pesquisa, foi aplicado roteiro para coleta de dados secundários na Unidade São Francisco, visando, com a aplicação de roteiro, consultar os arquivos da unidade e estabelecer o perfil psicossocial clínico e socioeconômico familiar das pessoas adultas em situação de rua que frequentavam a unidade. Foram encontrados registros dos anos de 2009 a 2013 nas unidades, onde se verificou que os registros eram insuficientes, pois as fichas possuíam dados incompletos, faltando alguns registros importantes, e, apesar de haver um levantamento recente na unidade, os arquivos em que havia registros de pessoas em situação de rua, utilizados nesta dissertação, foram do Serviço Social da unidade no Programa DST/Aids.

Os dados foram levantados em outubro de 2013. A análise demonstrou que 33 pessoas em situação de rua haviam sido encaminhadas para a unidade ou haviam procurado espontaneamente a unidade ou o Serviço Social por estarem em situação de rua.

Somente oito fichas das 33 analisadas apresentaram registro de retorno do usuário ao serviço para continuidade do tratamento. O Serviço Social da unidade também tinha contato com este público através de oficinas de saúde realizadas extramuros, onde se registravam relatórios sociais, também analisados nesta dissertação. Foram identificados o atendimento de mais ou menos 900 pessoas em

situação de rua nesse período pelo Serviço Social da unidade e a existência de 100 relatórios sociais, elaborados a partir das oficinas de saúde. Devido ao pouco tempo e à falta de um roteiro único para elaboração dos relatórios sociais, a autora optou por trabalhar somente com os prontuários do Serviço Social, arquivados na Unidade São Francisco.

No período de 2009-2013 o Serviço Social da Unidade São Francisco cadastrou 33 pessoas em situação de rua; no entanto, na seleção dos prontuários, identificou-se que 10 fichas estavam incompletas, faltavam dados importantes para definir algumas características deste público, ficando assim 23 fichas. O pouco registro na unidade demonstrou que a demanda deste público não é espontânea, mas reprimida<sup>53</sup>. Os dados serão apresentados de forma numérica para facilitar a visualização das características, sem intenção de ter caráter quantitativo em suas proporções. Alguns dados serão relacionados aos dados gerais encontrados na unidade e identificados pela pesquisa da Ufba já apresentados anteriormente. Quanto ao sexo, foram identificados 17 homens e seis mulheres, o que difere do perfil da população em geral que frequenta o programa de DST da unidade, que identificou 59,1% de mulheres. Quanto às idades, quatro estavam com idades de 20 a 30 anos; 11 estavam com idade de 31 a 35 anos; seis estavam com idade de 36 a 45 anos; e três estavam com idade de 46 a 60 anos.

Quanto ao tempo de rua, um usava esporadicamente a rua; dois tinham menos de dois meses; três tinham mais de três meses; e sete tinham mais de três anos usando a rua como espaço de moradia. Chama a atenção que três não lembravam há quanto tempo estavam na rua, podendo significar um longo período nessa condição.

O tempo é fundamental para entender a vivência das pessoas nas ruas ou, como menciona Prates (2010), o “processo de rualização” e a fragilidade dos vínculos com a família, trabalho e outros grupos sociais, pois é através dele que se adquire costume e hábitos. Quanto à permanência na rua, Vieira, Bezerra & Rosa (1992, p.93) apresentam que pelo menos dois problemas estão imbricados nos motivos de ir para a rua, o de se constituir num abrigo para aqueles que não têm recursos e dormem circunstancialmente sob marquises de lojas, viadutos ou bancos

---

<sup>53</sup> Refere-se às demandas que não chegam até as instituições para atendimento, mas as pesquisas e levantamentos comprovam que elas existem.

de jardim; ou pode constituir-se em um modo de viver, para os que já têm a rua como seu habitat e que estabelecem com ela uma complexa rede de relações. Seria possível identificar situações diferentes em relação à permanência na rua, onde os autores apresentam algumas, tais como: *ficar na rua* – circunstancialmente; *estar na rua* – recentemente; e *ser da rua* – permanentemente. [...] Essas situações podem ser dispostas num contínuo, tendo como referência o tempo de rua – à proporção que aumenta o tempo torna-se estável a condição de morador de rua.

O que diferencia essas situações é o grau maior ou menor de inserção no mundo da rua. Notou-se que na Unidade São Francisco, quanto às fichas avaliadas, as pessoas em situação de rua oscilaram entre alguns dias ou muitos anos, assim entre estar na rua e ser da rua. Chama a atenção o uso esporádico que pode demonstrar ainda uma relação de vínculo familiar ou, como mencionado pelas autoras, o uso recente do espaço da rua, ou mesmo o ficar na rua; e os que não se lembram de quanto tempo pode indicar aqueles que “são da rua”.

Quanto ao estado civil, 11 declararam-se solteiros; seis, casados ou vivendo com a companheira; e um, sozinho. Em relação ao perfil da população geral da unidade, verifica-se que, quanto ao estado civil, as pessoas em situação de rua também apresentaram a característica de serem solteiras, no entanto a situação conjugal na rua é colocada não por escolhas, mas por fatores relacionados a violência, promiscuidade e outros fatores familiares, afetivos e culturais construídos no “mundo da rua” e nas relações sociais neste contexto.

Com exceção daquele que veio de outra cidade (Gandu), o grupo em situação de rua analisado na Unidade São Francisco já morava em bairros centrais e, por motivos diversos que serão apresentados a seguir, iniciou uma vivência de rua. Neste sentido, é importante analisar o desenho das políticas públicas e o quanto elas alcançam as famílias pobres de bairros centrais e apartados. Kaloustian (2008) revela que crianças em situação de rua refletem os problemas de sua família e sua comunidade e do Estado. Programas que trabalham com família podem resgatar seus vínculos, inserindo-a em instituições complementares e que priorizem a família como o espaço de convivência, sendo que as principais instituições que podem colaborar efetivamente nesse processo são a creche e a escola, devendo a família e a comunidade participar na execução e gerenciamento destes serviços junto com o Estado.

Outro aspecto característico desta população em situação de rua é o fato de se concentrar em grandes centros urbanos, pois no seu processo histórico ele já surge nas cidades pré-industriais, nessa época relacionado ao êxodo campo-cidade, mostrando seu caráter urbano ao longo da história. “Este fenômeno é tão antigo quanto a própria existência das ruas, da vida urbana, remonta, pelo menos, ao renascimento das cidades, no início do capitalismo” (BURSZTYYN, 2000, p.19 *apud* SILVA, 2009, p.116). O que se pode perguntar é por que as grandes cidades e seus centros comerciais são os locais por opção desta população para moradia e sobrevivência? Os autores ainda comentam sobre algumas possibilidades que justificam este evento:

- Maior alternativa de trabalho.
- Trabalho favorecido por iniciativa própria ou por grupos organizados, cooperativas, associações e outras organizações sociais.
- Maior quantidade de material reciclável, ou seja, maior produção e concentração de lixo urbano.
- Maior concentração de atividades econômicas, comerciais, bancárias, religiosas, que beneficiam o maior número de pessoas e favorecem a obtenção de doações ou atividades informais, como venda de mercadorias, lavar e guardar carros, revenda de ingressos, serviços de engraxates.
- Existência de abrigos, albergues, repúblicas, praças, avenidas, viadutos, canteiros, jardins, cemitérios, bancos de praça, marquises, que podem ser utilizados como abrigo ou acomodação à noite.
- Existência de banheiros públicos, chafarizes, bicas, represas, postos de gasolina, refeitórios públicos e instituições de caridade e sem fins lucrativos que podem atender às necessidades de higiene, limpeza e alimentação.

Quanto à origem, 20 eram de Salvador e três do interior do Estado da Bahia. Quanto ao local onde moravam em Salvador, antes de ir para rua: os bairros registrados foram: (1) Brotas, (2) Gravatá, (1) Santa Cruz, (1) Pau Miúdo, (1) Pernambuco, (2) Pirajá, (4) Água de Meninos, (1) Bonocô, (1) Barris, (1) Caixa d'Água, (1) Joana Angélica, (1) Baixa dos Sapateiros, (1) Palma, (2) Sussuarana e (3) de outra cidade.

Os bairros de origem oscilaram entre bairros centrais e apartados do centro. Em relação aos bairros onde estes sujeitos mais ficam na rua, foi identificado que sete deles ficavam no Comércio e seis na região do Gravatá, bairro que tem um grande contingente de pessoas em situação de rua por ter instituições e equipamentos que facilitam a sobrevivência. A localização geográfica do bairro também favorece, pois há acesso às principais praças do centro.

Foram identificados 11 registros de pessoas em situação de rua que se declararam pretos, nove pardos e três não declararam cor; essa característica, se relacionada ao perfil geral da unidade, mostra certa equivalência, pois a unidade tem em sua maioria pessoas que se autodeclararam pardas. Mesmo fora do emprego formal, foram encontrados 18 registros de pessoas em situação de rua que se autodeclararam trabalhadores, tendo como atividades principais: (11) catadores de reciclável, (2) voluntários em ONGs, (2) guardadores de carro, (1) pintor e (3) pedintes; e cinco se autodeclararam não trabalhadores, mesmo exercendo atividades como catador ou guardador de carro.

O papel do trabalhador torna-se importante para este público e muitos, apesar da informalidade, se reconhecem como tal. “Nesse contexto, o rosto da miséria e as estratégias de resistência e sobrevivência dos segmentos pobres majoritários em nosso Brasil aparece na barbárie” (SPOSATI, 2007, p.2)

Martins (2002, p.29) afirma que o novo perfil da classe trabalhadora é o de exclusões cíclicas e cada vez mais demoradas e espaçadas. “É cada vez mais um trabalhador em busca de trabalho”.

Foram identificados 15 registros que informaram não receber benefício social, e oito recebem, sendo que quatro recebem do Bolsa Família e quatro recebem auxílio-aluguel. Kaloustian (2008) discute sobre este contexto quando afirma que o contexto histórico da política social no Brasil não tem pretendido alterar o quadro de pobreza; então, apesar da existência dos benefícios, eles devem ser conjugados com a inclusão dos sujeitos a outras políticas sociais. Martins (2002) assevera que ainda existem situações que não favorecem a compreensão dos sujeitos sobre a sua situação social e histórica de opressão, que distorce a consciência social, uma delas é o emprego.

Quanto ao contato com a família de origem, o tipo de parentesco identificado nos registros é: avós, tios, companheiros, filhos, genitora e irmãos. Os documentos apresentaram que 17 deles informaram que mantinham algum

tipo de contato com a família de origem e seis haviam perdido completamente o vínculo. O grupo avaliado na Unidade São Francisco tem família, e alguns já perderam o vínculo. Ressalta-se a importância da família para a atenção a este contexto, porém também para a necessidade de que esta receba apoio e proteção social para executar sua função. Martins (2002, p.29) ainda defende que o próprio desenvolvimento do capitalismo vem alterando a família, assim exclusões cíclicas dos membros da família são debitadas na conta da própria família.

Quanto ao motivo principal de estar na rua, 21 registros apresentaram o uso de drogas, e as drogas registradas foram maconha e crack. O consumo de álcool e outras drogas está inserido no cotidiano de grande parte das pessoas que estão em situação de rua. Essa condição está associada a uma série de outras condições e modos de vida que as expõem a diversos riscos. Trata-se de um problema de grande importância e que, no âmbito da saúde, deve ser enfrentado pelas equipes de cuidado, de forma a desenvolverem abordagem mais adequada junto a essas pessoas, para reduzir danos, promover saúde e, acima de tudo, implementar ações que contemplem o problema de forma multifatorial.

Nesse contexto, as estratégias de redução de danos<sup>54</sup> tornam-se uma importante ferramenta para contribuir e enriquecer a abordagem das equipes que trabalham com essa população, seja nos Consultórios na Rua, seja nas Unidades Básicas de Saúde.

Em relação aos principais problemas de saúde cadastrado neste grupo, identificaram-se: (3) sífilis, (4) gravidez de risco, (1) transtorno mental, (4) uso de drogas, (1) problemas dentários, (12) doenças sexualmente transmissíveis, (4) HIV, (2) HTLV, (1) tuberculose, (1) hepatite B, (1) citomegalovírus, (1) condiloma. Vale destacar que o registro de uma doença não descarta a possibilidade de existência de outras enfermidades, pois algumas fichas não constavam de retorno do paciente, não possibilitando saber se apresentaram outras enfermidades que não as informadas ao Serviço Social. Destaca-se

---

<sup>54</sup> Estratégias de redução de dano é um conjunto de princípios e ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas, sendo utilizadas internacionalmente e apoiadas pelas instituições governamentais brasileiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).



também que a condição de vida na rua já elimina o acesso aos outros quesitos importantes da saúde.

A vida na rua pode ser entendida como causa e consequência de problemas de saúde; por outro lado, o próprio discurso oficial reconhece:

Problema de saúde foi a causa de ida para as ruas relatada por 7% dos entrevistados pela Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, desenvolvida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Por outro lado, a vida na rua pode precipitar problemas de saúde secundários ao aumento da exposição a riscos de doença, como vulnerabilidade às violências, ingestão de alimentos e água contaminados, variações climáticas extremas e muitos outros (MS, 2012, p.51).

No entanto, também ao analisar o contexto ampliado de saúde, nota-se que, além das doenças apresentadas acima, existem de forma correlacionada outras enfermidades que se referem às condições de vida, pois as pessoas em situação de rua se alimentam mal, comem restos de comida desperdiçados, não têm acesso a higienização, como também não são disponibilizados banheiros públicos ou mesmos espaços nas unidades de saúde, por exemplo, para que possam tomar banho; dormem pouco e em condições adversas, sempre com medo dos imprevistos e vulneráveis a todo o tipo de violência.

Assim, além das doenças físicas, acumulam outras enfermidades de cunho psíquico, emocional, afetivo, pois convivem cotidianamente com a repulsa da população, medo, etc. Não apresentam condições mínimas para realizar o trabalho que mais executam, que é a catação, e não usufruem dos benefícios de seu trabalho, ou seja, são muitas as condições adversas que solicitam uma abordagem diferenciada.

No que se refere às características das pessoas em situação de rua, a partir do grupo cadastrado nos prontuários do Serviço Social da Unidade São Francisco, verificou-se que são homens, originados de Salvador, que ou “são” ou “ficam” na rua, exercendo atividades de catar material reciclável e ligadas a lavar ou tomar conta de veículos. Alguns usufruem ou já usufruíram de algum tipo de inclusão, ainda que precária, pois já trabalharam ou possuem algum benefício social. Apresentam doenças relacionadas às condições físicas, sociais e ambientais da rua. Apresentam baixo acesso às políticas sociais, por fatores relacionados às condições individuais, políticas e programáticas.

### 6.2.1 Entraves no acesso à saúde

Quanto aos resultados obtidos na realização do grupo focal na Unidade São Francisco, segue identificação dos participantes no quadro abaixo por principal motivo de estarem na rua.

**Figura 6 – Identificação do grupo focal**

1. Uso de drogas
2. Conflito familiar
3. Quero estar na rua
4. Estou pelos amigos
5. São muitos fatores
6. Por uma doença
7. Por discriminação

Fonte: grupo focal realizado na Unidade São Francisco em 2013.

Uma das primeiras perguntas lançadas ao grupo foi quanto ao valor saúde, considerando o contexto da rua. Alguns motivos apresentados pelo grupo foram:

**Figura 7 – Grupo focal – valor saúde**

**Uso de drogas:** *É muito difícil pensar em saúde na rua, muito frio, muita sujeira.*

**Conflito familiar:** *É impossível pensar em saúde na rua.*

**Quero estar na rua** informou: *Como? A gente tá na rua e a polícia chega e leva tudo, tudo mesmo, cobertor, roupa, tudo, vou me preocupar com isso (referindo-se à saúde).*

Fonte: grupo focal realizado na Unidade São Francisco em 2013.

Martins (2002) reflete que os problemas sociais – e pode-se entender a saúde das pessoas em situação de rua nesse contexto – não poderão ser resolvidos se não forem desvendados, essencialmente, por quem os vivencia, só assim é possível superá-los, com a consciência crítica que possa explicar suas causas e características. Vê-se que o desenrolar extremo da situação de rua retira dos sujeitos a possibilidade de avaliar estratégias para seus problemas sociais.

Um ponto que interfere na saúde do grupo analisado é que a perda, a apreensão pela polícia ou o roubo dos pertences de quem mora na rua com frequência incluem remédios e prescrições. Assim foi percebido que a vida na rua expõe homens, mulheres e crianças a riscos que fazem com que essa população mereça, sob diversos aspectos, abordagem específica das equipes de saúde.

Foi solicitada ao grupo focal a explicação das suas respostas: **Uso de drogas** explicou que não pensava na saúde porque na rua “a gente não se vê, entende?”. **São muitos fatores** concordou e **Uso de drogas** continuou: “Não adianta, ele não vai para o hospital... é muito difícil quando fica doente”. O grupo concordou, e **Por uma doença** começou a conversar sobre seu internamento para tratar da tuberculose, e alguns responderam:

**Figura 8 – Grupo focal – relação rua/saúde**

**Uso de drogas:** *Tem um processo de rualismo, a gente começa a ficar e fica difícil sair. Eu não tenho educação, quem vai me dar emprego. O melhor é ter pessoas que venham a rua, ou então quando o morador de rua ficar internado, que ele fique no hospital até ficar curado. Queria entender se a gente tem direito mesmo a ser atendido sem documento.*

**Por uma doença** concordou com **Uso de drogas** e disse: *O melhor é ficar no hospital quando fico doente [...]. Quando tive tuberculose, a comida era boa, carne boa e sopa também, queria ficar lá. Mas o médico não atendeu bem, não. O Hospital era Octávio Mangabeira, lá é bom! Ensinaram-me que para eu ficar lá o médico tinha que me atender, para eu poder ficar mais tempo lá. Era só eu tossir quando ele se aproximasse, só que um dia ele me pegou em pé, eu tentei tossir, mas ele percebeu que eu tinha melhorado e saí de alta.*

Fonte: grupo focal realizado na Unidade São Francisco em 2013.

Todos riram do relato de **Por uma doença** e concordaram: “A comida do hospital é boa mesmo; **Pelo HIV** completou e ainda informou: “Quando fiquei no hospital, até carne assada tinha”, fazendo referência ao Hospital Roberto Santos. O próprio Ministério da Saúde, ao desenvolver sobre a situação de rua, quando estes sujeitos são hospitalizados, menciona:

A trajetória de uma pessoa em situação de rua num hospital requer atenção especial. Normalmente eles não têm acompanhantes que possam ajudar no relato do caso e, a “depende do serviço, pode haver tendência de menor atenção ao usuário pelo fato de ser egresso da rua”. “A desospitalização também requer atenção, principalmente ou quando cuidados médicos, como curativos, manutenção de próteses e cateteres, sejam necessários na pós-alta” (MS, 2012, p.52).

Verifica-se, no entanto, que reconhecer a questão não apresenta soluções. Verifica-se que a ida e manutenção dessas pessoas no âmbito hospitalar não direciona-se ao desejo pelo autocuidado, mas antes a saciar a fome e a um local de abrigo. A autora perguntou sobre os outros serviços, tendo o objetivo de entender a prioridade deles quanto à saúde. Vocês procuram os serviços de saúde para quê? (Utilização do serviço, com quais prioridades).

**Figura 9 – Grupo focal por utilização do serviço, com quais prioridades**

**Conflito familiar:** *Outro dia tive uma dor, e eles não quiseram me atender. Se não tiver documento, não atende. Tanta gente faz projetos para população de rua, mas não chega nada para a gente [...].*

**Quero estar na rua** declarou: *Concordo com Conflito familiar, outro dia só fui atendido no Pelourinho porque o policial mandou eles me atenderem, mas eles não demoram muito atendendo, me dispensaram rapidinho.*

Fonte: grupo focal realizado na Unidade São Francisco em 2013.

Nota-se que são negados a estes sujeitos direitos básicos para viver com dignidade. Martins (2002, p.21) afirma que “a exclusão moderna abrange a todos [...], uns pela incerteza quanto ao seu destino e de seus filhos, e outros quanto a incerteza quanto ao seu próprio destino”, e outros, como visto com as pessoas em situação de rua, pela desumanização que torna os outros indiferentes em relação aos que não têm um teto, um trabalho e, sobretudo, esperança.

No processo do grupo focal, foram apresentadas duas imagens identificadas abaixo, entregues aos participantes do grupo. E logo após foi solicitada a sua análise na relação com a saúde, com o objetivo de levantar os entraves ao acesso na atenção básica (cartão SUS) e especializada (Samu).

Vale ressaltar que, para Gadamer (1999), compreender jamais é apenas uma ação subjetiva do sujeito ante o objeto, compreender significa:

[...] entender uns com os outros. Assim uma das ideias centrais da Hermenêutica é de que os seres humanos, na maioria das vezes se entendem ou fazem um movimento interior e relacional para se porem de acordo. A compreensão só se transforma numa tarefa quando há algum transtorno no entendimento, um estranhamento que se concretiza em uma pergunta (p.28).

**Figura 10 – Grupo focal por imagens para relacionar rua e saúde**



Fonte: grupo focal realizado na Unidade São Francisco em 2013.

Martins (2002, p.26) discorre sobre a necessidade de se levantar a consciência daqueles que são vítimas dos problemas sociais, como eles interpretam sua situação.

A grande questão, afirma o autor, são as formas de inclusão dessas pessoas, pois o tipo de inclusão oferecido dentro da lógica capitalista é uma inclusão precária. Assim seguem as respostas, que enfatizam a existência desses instrumentos de acesso à saúde que não alcançam a particularidade daqueles em situação de rua.

**Figura 11 – Grupo focal por identificação de entraves**

**São muitos fatores:** *Acho que a saúde tem que vir a rua, pois não atendem sem documento [...].*  
**Por discriminação:** *Uma vez um amigo tomou uma pedrada e chamei o Samu, a gente sempre chama, mas eles, quando sabem que é da rua, não querem vir [...].*  
**Por uma doença** disse **sim** e concordou com **Muitos fatores:** *Muito melhor se a saúde estivesse na rua, a tuberculose mesmo, são muitos remédios e muita gente rouba. Quando vou para o hospital, faço tudo para fica lá, se não, não fico bem [...].*  
**Uso de drogas:** *Estou na rua por muitos fatores também. Saí de casa aos 6 anos, depois é difícil voltar para casa, mas na rua ninguém liga, a polícia bate muito, até quem não merece apanha. O posto não atende [...].*

Fonte: grupo focal realizado na Unidade São Francisco em 2013.

Quando questionados sobre a formação de novos vínculos na rua, os entrevistados informaram que muitas vezes são ouvidos a partir da sua “linguagem”, sua experiência e seu modo de vida pelo conjunto de indivíduos que constituem o “grupo da rua”. O respeito mútuo entre os membros do grupo passa a ser prioridade no estabelecimento de suas relações, principalmente afetivas. Então, foi possível perceber que a rua e as drogas tornam-se, neste contexto, extremamente sedutoras para a permanência destes sujeitos em tal espaço. Observa-se pelas repostas: **Quero estar na rua** afirma: “Tenho quatro casas, não estou na rua porque preciso, mas porque quero, aqui todo mundo tem família”. **Estou pelos amigos:** “Agora tenho mais amigos na rua e não quero me afastar, e tem a droga também. Ficar na rua não é fácil, se fosse dada mais atenção, eu mesmo tinha saído”.

Foi questionado ao grupo por que era difícil cuidar da saúde na rua.

**Figura 12 – Identificação de entraves**

**Uso de drogas:** *É muito difícil pelo frio, pela sujeira.*  
**Conflito familiar:** *É impossível pensar em saúde, isso não é importante, parece que tudo é difícil [...].*  
**Quero estar na rua:** *A polícia leva tudo, a gente não pode ter nada e ninguém faz nada [...].*  
**Estou pelos amigos:** *Concordo com uso de drogas, a gente começa a ficar na rua e é difícil sair, parece que não existe outra coisa e a gente conhece pessoas.*

Fonte: grupo focal realizado na Unidade São Francisco em 2013.

Nota-se que a fala de **Quero estar na rua** enfatiza a violência que eles vivenciam cotidianamente – “a polícia leva tudo [...]” reflete a postura do Estado diante desta situação, que historicamente trata a questão social como caso de polícia. Velho (1996, p.9) afirma que a violência na atualidade torna os moradores da periferia suas vítimas e estende-se a outras populações oprimidas, como as pessoas em situação de rua: “[...] hoje parece não ser mais possível o discurso romantizado que considera os despossuídos protegidos pelo traficante”. Essas pessoas, além de lidar com a violência dos policiais, ainda têm que lidar com a violência advinda do preconceito que relaciona “pobreza a criminalidade”.

### 6.2.2 Narrativas das pessoas em situação de rua sobre o acesso à saúde

Os resultados que serão apresentados agora advêm das entrevistas realizadas no Ramiro de Azevedo com dez pessoas em situação de rua. Os entrevistados foram identificados com nomes do bairro de origem, que segue abaixo:

**Figura 13 – Identificação das pessoas em situação de rua entrevistadas na unidade Ramiro de Azevedo**

- |                          |
|--------------------------|
| 1. Barroquinha           |
| 2. Gravatá               |
| 3. Nordeste de Amaralina |
| 4. Tancredo Neves        |
| 5. Retiro                |
| 6. Liberdade             |
| 7. Santo Antônio         |
| 8. Baixa do fiscal       |
| 9. Tororó                |
| 10. Gandu                |

Fonte: entrevistas realizadas na unidade Ramiro de Azevedo em 2013.

Seguem fragmentos de falas significativas, que refletem a avaliação do grupo entrevistado sobre as categorias analisadas e algumas características destes sujeitos que refletem o contexto da rua em suas histórias de vida, suas posições de classe e a questão social.

A primeira pergunta foi sobre a saúde e seu significado para o entrevistado, considerando o contexto da rua.

**Barroquinha** é do sexo masculino, 30 anos, possui ensino fundamental incompleto, é guardador de carro e recebe em média 50 reais por dia. Não possui

benefício assistencial e nunca trabalhou no emprego formal. Ainda possui vínculo familiar, porém fragilizado, com a genitora e “alguns camaradas”, está na rua há 15 anos, circulando entre a área do Gravatá, Comércio e Aquidabã, começou sua vivência na rua ainda pequeno, quando pegava pequenos serviços na rua e depois se envolveu com drogadição.

**Gravatá** é do sexo feminino, tem 33 anos, tem ensino médio incompleto, trabalha com reciclagem e consegue adquirir diariamente 10 reais, que complementa “pedindo esmola”. Recebe benefício assistencial do Bolsa Família e auxílio-aluguel, nunca trabalhou no emprego formal e está na rua há 23 anos, na região do Gravatá, mesmo local onde nasceu. O motivo de ter ido para a rua foi conflito familiar. Informou que sua genitora era alcoólatra (já faleceu) e batia muito nela; hoje, Gravatá usa álcool e outras drogas.

**Figura 14 – Pessoas em situação de rua segundo autocuidado e associação rua/saúde**

**Barroquinha:** [...] não sei como minha saúde está, nunca fui ao médico, nunca fiz exame, só fui ao Hospital Geral do Estado porque me furaram com faca. Na rua não tem como pensar em saúde, não tem nada de bom, você acorda, vai para o trabalho, tem comida que as pessoas dão, mas o negócio é seu lar (referindo-se a família), o posto não quer atender morador de rua, a Samu demora, quando sabe que a pessoa mora na rua [...] é tudo discriminado. Minhas sobrinhas me visitam na rua, mas o lar é que é bom.

**Baixa do Fiscal:** [...] não vou ao médico tem 20 anos; meu documento a polícia lascou, nunca tive cartão SUS. Saúde? Estou respirando bem, então não estou doente. Na rua tem gente que não consegue ter saúde porque tem um “organismo fraco”, mas tem gente que consegue, eu mesmo consigo [...].

Fonte: entrevista realizada na Unidade Ramiro de Azevedo em 2013.

Nota-se, pelo fragmento das falas de **Barroquinha** e **Gravatá**, que a saúde para esse grupo não é prioridade na rua, mas sim a sobrevivência diária, e que a vivência de rua os coloca mais distantes deste foco, mesmo sendo a saúde ou a falta dela que os tenha levado a essa condição, como uso de drogas. O vínculo familiar, a partir da fala de Barroquinha, mostrou ser fundamental, “o lar” na sua visão, pode simbolizar a casa ou a família natural. Na atualidade, as propostas de tratamento para o uso de drogas é a motivação e o vínculo com a equipe de saúde, isso por reconhecer que esse elemento foi perdido com o processo de situação de rua. Esse mesmo processo ocorre com **Tancredo Neves**, mulher, tem 37 anos, é pedinte e adquire em média 10 reais por dia, não possui benefício social, já trabalhou no emprego formal como doméstica, tem referência familiar frágil, pois visita esporadicamente a família. Já está há três

anos nas ruas, nas imediações do Gravatá, e atribui o início do processo de situação de rua à pobreza extrema e ao transtorno mental que possui e que sua família nunca entendeu.

Segundo Barreto *et al.* (2004), muitos jovens adultos de rua apresentam transtornos mentais, como a depressão e, muitas vezes, risco de suicídio. “[...] Todos estes aspectos citados, de modo geral, estão correlacionados” (BARRETO *et al.*, 2004, [s/p]).

Quanto à família, Cohn (2010, p.133) “reconhece que a experiência de cada indivíduo está determinada pelas relações sociais nas quais se inserem”; nesse sentido, as várias instituições que participam: família, escola têm um papel fundamental na opção de valores e carências que os indivíduos acumulam durante a vida. Cabe aqui entender que não é o fato de culpabilizar a família pela situação de rua, afinal, como Martins (2002, p.30) afirma, “o sistema econômico transfere para o grupo familiar parte de sua irracionalidade, ou seja, o custo social do capitalismo”, trata-se de reconhecer a importância da atuação do tripé: Estado, sociedade e família.

Segue foto dos pés de Tancredo Neves, que reflete como a rua se revela nas características físicas dos sujeitos.

**Figura 15 – Imagem de pessoas em situação de rua no Ramiro de Azevedo segundo autocuidado e associação rua/saúde**



Fonte: entrevista realizada na Unidade Ramiro de Azevedo em 2013.

**Tororó** tem 30 anos, é guardador de carro, não possui benefício assistencial e nunca trabalhou no emprego formal, mantém contato com família e informa estar na rua há 10 anos devido ao fato de ter conflitos familiares.



No caso das pessoas em situação, o aspecto saúde é diluído pelas condições sociais deste sujeito, em outras palavras, a sua condição de saúde não é considerada relevante, mas sim a de sobreviver.

Outro fator relevante no autocuidado em relação à saúde está no relato de **Retiro**, este tem 70 anos, tem ensino fundamental incompleto, tem como atividade principal para subsistência “pedir”, apesar de relatar que “*não estendo a mão, as pessoas que me conhecem é que me dão*” [...]. O “pedir” é a principal atividade na rua de **Retiro**, devido à idade e aos problemas de saúde, como dores na perna, ele não exerce outra atividade. Ele não possui benefício assistencial ou previdenciários, apesar da idade, já trabalhou no mercado formal durante um ano como polidor em oficina; tem vínculo frágil com a família, sobrinhas e primos que ainda o visitam na rua. Informa que sempre morou em orfanato, pois os pais morreram cedo, quando ainda tinha 15 anos, quando se **envolveu com drogas**. Ele se queixa de muitas dores na perna e informa que não vai ao médico, pois a igreja o ajuda “fornecendo, pomada” (conforme foto abaixo). Verifica-se na rua a recorrência a produtos fáceis de adquirir para aliviar a dor ou um incômodo. A idade e o tempo na rua de Retiro também chamam a atenção. Silva (2009, p.172) analisa que “as pessoas estão envelhecendo na rua”. A rua exprime uma realidade de desemprego prolongado ou então de emprego precário, ou seja, apresenta-se como expressão extrema da questão social.

**Figura 16 – Imagem de automedicação de pessoa em situação de rua no Ramiro de Azevedo**



Fonte: entrevista realizada na Unidade Ramiro de Azevedo em 2013.

A especificidade de atendimento a pessoas em situação de rua na saúde deve ser um trabalho prioritário em detrimento de qualquer outra ação cotidiana, pois é

sinônimo, acima de tudo, da própria sobrevivência. Os documentos oficiais do Ministério da Saúde reconhecem esta realidade, mas ainda não fortalece ações que a alterem. O Estado cria um discurso de equidade, pois suas pesquisas identificam as dificuldades desse público na saúde:

**Falta de tempo para buscar atendimento para o cuidado da saúde:** a maior parte das pessoas que usam a rua para viver trabalha no mercado informal. Lavar e guardar carros, recolher papéis e entulhos estão entre as ocupações mais frequentes. Na lógica de ganhar a cada dia o recurso que assegura a sobrevivência, torna-se mais difícil deixar o trabalho para buscar atendimento para cuidar da saúde. A pessoa que cata papel, por exemplo, recebe de acordo com o número de quilos obtido. Abdicar de uma manhã de produção para deslocar-se à Unidade Básica de Saúde significa, para muitos, a não obtenção do recurso para alimentar-se no dia seguinte (MS, 2012, p.52).

Porém verifica-se um dissenso entre o discurso e a ação, que enfatiza a posição desse Estado enquanto garantidor de interesses de classes hegemônicas. Quanto à posição de **Retiro**, em não querer assumir o papel de pedinte ou mendigo, vê-se a importância do papel de trabalhador para essas pessoas, a importância de ‘estar empregado’ ou de ‘ter trabalho’ e em contrapartida de ser “pedinte” e não poder exercer outra atividade que o remunere na rua.

A categoria trabalho torna-se fundamental para a compreensão deste grupo. Quanto ao autocuidado, verdadeiramente existe a dificuldade recorrente de acesso ao sistema de saúde e para essas pessoas buscarem apoio na sua vida diária. De certo que a situação de rua muitas vezes favorece a própria negação da doença: “A sobrevivência faz com que muitas pessoas em situação de rua, mesmo visivelmente adoecidas, neguem estar com qualquer problema de saúde”. A explicação gira em torno de que, pelo silenciamento de sinais e sintomas que, aos poucos, foram se incorporando àquilo, o indivíduo passa a considerar como condição de normalidade.

Mas também a multifatorialidade que perpassa a situação de rua, inclusive a situação de ordem estrutural, ligada a desburocratização dos sistemas, ampliação de iniciativas mais eficazes que entendam essa situação como processo atravessado pela questão social, e não culpabilize os sujeitos, mas reconheçam suas particularidades.

Ainda sobre o valor saúde, Barroquinha e Retiro relatam:

**Figura 17 – Pessoas em situação de rua segundo valor saúde e consciência de risco**

**Barroquinha:** [...] saúde para mim é tudo bom, nunca fui ao médico, trabalhei carregando madeira [...] fui criado na mão de todo mundo e nunca me preocupei com isso.  
**Retiro:** [...] carreguei muita lata, papelão, parei porque estou esperando a perna desinchar (...), de 15 em 15 dias ela dá pomada, dois pães e o mingaum A pomada eu pego na Piedade também [...].

Fonte: entrevista realizada na Unidade Ramiro de Azevedo em 2013.

O que se percebe nesses depoimentos é que o convívio diário com a desigualdade nega para as pessoas em situação de rua o que seria básico para a sua saúde – “alimentação, saneamento, segurança pública, habitação, renda, trabalho” (COHN, 2010, p.29).

**Liberdade** tem 31 anos, é do sexo masculino, tem ensino fundamental incompleto e exerce a atividade de catador de reciclagem, conseguindo adquirir por dia cinco reais. Recebe benefício do Bolsa Família e fica na região da Piedade, informou não ter nenhum vínculo familiar e ter ido para a rua pelo uso de drogas. Para ele, saúde é sentir bem-estar e ficar doente é quando me sinto mal, “é como me sinto com os meus dentes que estavam estragados, o corpo pesado e cansado, quando durmo pouco. Não lembro quando fui ao médico. Na rua não dá para ter saúde”.

A dificuldade na realização de algum tratamento de saúde no contexto da rua é evidenciada em outros estudos, tanto com meninos(as) de rua quanto com a população adulta (PRATES & REIS, 1999; BULLA *et al.*, 2004, *apud* OURIQUES 2002). Geralmente, os principais motivos que levam a esta falta de regularidade no tratamento de saúde são por estarem vivendo nas ruas, sem condições básicas para a sobrevivência ou a ausência de autocuidado.

**Gandu** tem 32 anos, é pardo do sexo masculino, tem ensino fundamental incompleto, vive de reciclagem e recebe por esta atividade 12 reais por dia. Informa que já participou do trabalho formal como caseiro em Gandu, sua cidade de origem, porém, buscando condições melhores de vida, veio para Salvador, onde foi roubado, e este foi o motivo de estar na rua há oito meses. Atribui não ter voltado para a cidade de origem devido à vergonha e querer lutar por condições melhores. Segue abaixo foto da atividade pesada, insalubre e degradante que **Gandu** exerce, catando garrafas e papelões. Esse “desenraizamento” é um processo característico das

sociedades capitalistas e que traz no seu bojo a destruição de outras relações sociais. “A figura do não trabalhador traz vergonha”, pois, segundo Silva (2009, p.12), o trabalho continua sendo a “[...] principal referência material, psicológica e cultural. Simbolizando as possibilidades de desenvolvimento e acesso a melhores condições de vida, felicidade e realização pessoal”.

**Figura 18 – Imagem de pessoas em situação de rua no Ramiro de Azevedo segundo valor saúde, consciência de risco**



Fonte: entrevista realizada na Unidade Ramiro de Azevedo em 2013.

Manter uma rotina de cuidado e tratamento de saúde na rua torna-se impossível na visão do grupo entrevistado. Predomina no grupo a lógica de sobreviver e planejar um dia de cada vez, porém ele identifica que necessita deste acesso e que lhe dificultado.

Seguem falas que destacam os entraves na busca dos projetos, programas e serviços de saúde:

**Figura 19 – Entraves e procura do serviço com quais prioridades**

**Liberdade:** [...] a gente não precisa só da comida, precisa de documentos, só tenho reservista, perdi todos os documentos, caiu do bolso [...]. Já tentei usar o Ramiro de Azevedo, mas eu não tinha documentos e não fui atendido. Não vou para o médico pois tenho medo de não ser atendido.

**Gravatá:** [...] sinto muita dor no seio [...]. Não venho no posto, o atendimento de lá é péssimo, “horrrível”, fiquei seis meses no Octávio Mangabeira e não fiz o tratamento todo da tuberculose porque não tinha ninguém para me ver, aí pedi alta. Passei cinco meses no hospital, tenho dois filhos, 16 e 8 anos, para criar [...] com quem iam ficar?

Fonte: entrevista realizada na Unidade Ramiro de Azevedo em 2013.

**Nordeste de Amaralina** tem 33 anos, é do sexo masculino, tem ensino fundamental incompleto, nasceu em Salvador e trabalha com reciclagem,

percebendo em média 70 reais por dia, não possui benefício assistencial, já trabalhou no mercado formal como carpinteiro e ainda mantém contato com a família de origem, possui uma sobrinha que eventualmente o visita na rua. Há 15 anos está nas ruas, iniciou a vivência na rua por ter sido preso e não querer voltar para casa, também informa ter iniciado uso de álcool e outras drogas na rua. [...] Quanto à saúde, destaca: “[...] Meu problema é cachaça, eu bebo demais. [...] Vou para a ladeira da praça, subo o camburão, vou para o miolo do povo e depois volto. Meu problema é andar demais. Sinto cãibra. Durmo na rua Djalma Dutra, na loja Motopema.

Percebe-se que a saúde das pessoas em situação de rua é agravada por vários fatores, como tempo de rua, uso de drogas que comprometem o aspecto individual, no sentido de esses sujeitos não priorizarem a saúde. São várias expressões da questão social que atravessa seu cotidiano e impactam na saúde.

Pensar em um compromisso que ocorrerá em 15 dias é uma missão que exige esforço e, em muitos casos, será esquecida ou terá sua importância reduzida diante de sintomas que já se foram. O uso de antibiótico, por exemplo, a cada oito horas pode depender de uma gestão do tempo que a vida na rua não favorece. Ainda quanto aos entraves, eles ressaltam:

#### Figura 20 – Entraves no acesso à saúde

**Barroquinha:** [...] não tenho documentos, tem um ano que não vou ao médico, fui quando furei o dedo, tudo na rua é difícil, se pudesse voltava para o interior hoje [...], fui muito mal atendido no posto [...].  
**Retiro:** Ter saúde é se cuidar e eu não me cuido. Não tenho lugar de dormir e lugar de ficar. Rua não é morada, a gente não sabe se acorda morto ou vivo no outro dia. Eu tenho medo de dormir.

Fonte: entrevista realizada na Unidade Ramiro de Azevedo em 2013.

Percebe-se que a principal iniquidade relacionada à saúde das pessoas em situação de rua entrevistadas é a exigência de formalidades para inclusão nas políticas sociais, tais como endereço fixo, documentos que burocratizam o acesso. O medo também é muito presente nas falas, é outro elemento que favorece: medo da polícia, medo do outro, medo do amanhã.

Outro entrevistado é **Santo Antônio**, que tem 53 anos, é do sexo masculino, tem ensino fundamental incompleto, nunca trabalhou no emprego formal, exerce atividade de guardador de carro e recebe uma média de 20 reais por dia, não possui nenhum benefício assistencial. Mantém contato esporádico

com os filhos e irmãos e informou que a “vida toda” esteve na rua, e o motivo principal para isso foi o uso de drogas.

O uso de drogas é frequente nos problemas de saúde neste grupo. **Baixa do Fiscal** também vivencia este problema. Tem 48 anos, é do sexo masculino, tem ensino fundamental incompleto e tem como atividade para sobreviver nas ruas a lavagem de carros, com que consegue adquirir diariamente 30 reais, não recebe benefício assistencial e já trabalhou no emprego formal como zelador. Atribui sua ida para as ruas a pobreza e a drogadição, ele fica na área do Gravatá.

Cohn (2010, p.92) reconhece que grande parte desta população mais pauperizada procura os serviços de saúde com a manifestação de alguma doença e não para manter a saúde. Assim a situação de saúde só se manifesta no âmbito curativo. O Estado, por sua vez, engessa a política de saúde em ações curativas e que não contemplam o espaço e a realidade social dessas pessoas.

Percebe-se que as ações governamentais receiam que a implementação de ações de cuidado para o grupo de pessoas em situação de rua reconheça a rua como espaço de vida dessas pessoas, ainda que transitório, e assim, de algum modo, estimule sua permanência nas ruas. Percebe-se que este receio é uma distorção da realidade, pois uma pessoa nessa situação já construiu o vínculo com a rua e deve receber atenção e cuidado de uma equipe de saúde neste espaço.

Outro ponto fundamental é que a situação de rua não se restringe somente à situação de saúde, como já dito, muitas vezes a causa principal ou consequência são múltiplos fatores: sociais, econômicos, históricos, políticos, culturais. É a forma como a pobreza e a desigualdade se refletem na vida dos sujeitos. Quanto a isso, reconhecendo a heterogeneidade, Borin (2003) destaca que as pessoas em situação de rua não constituem uma “população homogênea”, pois:

A variedade de soluções dadas a subsistência e formas de abrigo, tempo de permanência na rua, a trajetória interior a situação de rua, a herança cultural e social [...], o tempo de rua e as formas de rompimento dos vínculos familiares, os tipos de socialização que se consolidam na rua, a rotina espacial, o uso de substâncias químicas(álcool e/ou drogas) e o seu grau de comprometimento, as condições de autoestima, sexo, a idade, a escolaridade e as formas de reintegração que almejam [...] (p.44).

Na visão dos entrevistados, são vários os fatores para o processo de rua e as dificuldades para acessar a saúde, mas certamente os dados demonstraram que a pobreza extrema que antecede ou que vem depois da situação de rua está presente em todos os entrevistados, o que é resultado de uso de drogas, conflitos, desemprego, etc. Nota-se a precarização das relações familiares, de trabalho, a inexistência do Estado com ações que sejam efetivamente eficazes para este grupo e que articulem políticas públicas.

### 6.2.3 O olhar dos profissionais de saúde sobre acesso

Também foram entrevistados 13 profissionais de saúde na Unidade Ramiro de Azevedo.

Segue quadro que identifica os profissionais entrevistados por número:

**Figura 21 – Profissionais de saúde do Ramiro de Azevedo**

<b>Profissional consultado</b>
1. Enfermeira
2. Enfermeira
3. Técnico de enfermagem
4. Auxiliar da farmácia
5. Atendente da recepção ou Same
6. Atendente da recepção ou Same
7. Atendente da recepção ou Same
8. Porteiro
9. Farmacêutica
10. Técnica de enfermagem
11. Técnica de enfermagem
12. Técnica de enfermagem
13. Médico

Fonte: entrevista realizada na Unidade Ramiro de Azevedo em 2013.

A primeira pergunta feita aos profissionais foi sobre o atendimento dispensado para as pessoas em situação de rua na unidade, se eles se consideravam preparados ou não para este atendimento. Foi solicitado que autoavaliassem a sua qualificação para o atendimento a pessoas em situação de rua (a pergunta referiu-se ao uso frequente de substâncias psicoativas, entendimento da situação sócioeconômica, linguagem acessível dos profissionais para atendimento à situação).

Destacaram-se nas falas do grupo que estes profissionais não estão preparados para este tipo de atendimento e que isso se reflete em medo,

insegurança e preconceito direcionados às pessoas em situação de rua. A observação direta do atendimento a estas pessoas na unidade Ramiro de Azevedo nos permitiu identificar olhares dos profissionais, o distanciamento, evitando uma abordagem direta a estes sujeitos; o olhar de nojo, pela situação de higiene em que alguns se encontravam; a piedade, pelas condições físicas.

Silva (2009) afirma que não existe investimento das políticas sociais para a capacitação de profissionais de saúde para lidar com as diferenças sociais. A autora ainda reconhece que as metodologias dos programas são inadequadas para as pessoas em situação de rua: “Falta capacitação dos servidores públicos para lidarem com esse grupo populacional, além do preconceito social” (p.176).

Sete profissionais avaliaram que não estavam preparados para o atendimento dispensado a pessoas em situação de rua na unidade e avaliaram o atendimento como ruim, e justificaram a partir do medo e da violência que permeiam esta situação. Quanto à discriminação direcionada a estas pessoas, Velho (1996) analisa:

As discriminações e agressões [...] atravessam todas as camadas sociais, assim como a concepção de que os direitos civis e humanos são para os **humanos direitos**, não para os desviantes, só os socialmente desiguais. Devem ser lembrados ainda os constantes apelos dos pobres à polícia e aos grupos vigilantes para que eliminem os bandidos e as **pessoas problemáticas**. Faltam evidências que sustentem a tese de que estas práticas autoritárias, discriminatórias e violentas sejam produzidas **em cima** e reproduzidas **embaixo** da pirâmide social, bem como faltam indícios da existência de um centro irradiador destas práticas. O cultivo do autoritarismo não parece ser privilégio de alguma classe ou de determinado grupo social (p.12).

As falas dos profissionais refletem o preconceito e a discriminação, que são reproduzidos por discursos, ideologicamente reforçados pela mídia, pela socialização de que o pobre é algo perigoso; e isso se reflete na visão dos profissionais quanto a estas pessoas. Behring (2008) fala de uma criminalização da pobreza, que estimula esta visão da pobreza como “classe perigosa”.

Verifiquem os fragmentos de falas dos profissionais de saúde.

#### Figura 22 – Avaliação quanto ao atendimento dispensado pelos profissionais

1. [...] ruim por medo, e aqui não tem segurança; eu mesmo atendo em cinco minutos e libero, os profissionais não são preparados, não sabem como lidar com a situação... tenho medo.
5. O atendimento é ruim porque ele não tem moradia, [...] acompanhamento médico. Os profissionais não são preparados.
6. [...] o fato de eles utilizarem drogas e exigirem prioridade dificulta o atendimento dos profissionais, que não são preparados; exemplifico com o caso de uma médica que solicitou o apoio de alguém para poder atender uma pessoa em situação de rua, por medo.



**7.** *O atendimento ruim pela própria miséria deles é que se atende mal. Ficamos expostos “aí fora”, quando atendo eles, solicito que busquem o Ministério Público, para conseguir algo [...]. Os profissionais aqui não são preparados para lidar com a insegurança, nós vivemos inseguros, vulneráveis.*

**8.** *Ruim, pelos próprios pacientes que dificultam o atendimento, nós não somos preparados, não temos segurança para lidar com estas situações.*

**10.** *Atendimento ruim, pela relação do medo, insegurança, eles podem fazer o que quiseram com a gente o problema é quando não estão sóbrios [...] tenho “medo” porque aqui fica muita criança, muitos ficam assistindo televisão. Tem uma mulher de rua que vem aqui só assistir novela, chega pedindo anticoncepcional para trocar por drogas, encaminhado para a enfermeira, [...] teve um caso de um que tinha bolsa de colostomia que ameaçava tirar as fezes e jogar em todo mundo. Chamo logo a polícia – queria medicação, pomada, atendimento médico – “mas a gente sabe que não é”. Os profissionais não são preparados, tem que ter um diferencial para este atendimento.*

**12.** *[...] chegam com micose e encaminhado para o 5º centro [...]; tem discriminação sim, por não estarem higienizados e com mau cheiro.*

**13** *[...] o que me preocupa é que eles deveriam ser internados, o programa de tuberculose tem que mudar.*

Fonte: entrevista realizada na Unidade Ramiro de Azevedo em 2013.

Para os profissionais, existe uma relação direta de medo no atendimento a estas pessoas – “[...] eles podem fazer o quiserem com a gente [...]” –, violência e situação de rua, culpabilizando os sujeitos pela sua condição de pobreza, por conta do preconceito que permeia o imaginário social, um discurso que relaciona a miséria a algo “repugnante” – “[...] o atendimento é ruim pela própria miséria deles [...]”. A queixa da falta de segurança subentende que a segurança requisita proteção das “classes perigosas” – “[...] atendo em cinco minutos [...]”, ou ainda “[...] chamo a polícia [...]”, ainda afirmam “[...] ficamos expostos aí fora [...]”. Nas situações de conflito. Velho (1996, p.14) acrescenta:

Esse contexto sociopolítico contribui para deslegitimar o Estado como mediador de relações conflitivas, avivando a prática da justiça privada e o uso da segurança privada. Talvez seja necessário sublinhar que o serviço particular de proteção legalmente instituído não é incompatível, em princípio, com a democracia, os direitos civis e humanos, nem se confunde com a justiça privada, ou seja, a justiça com as próprias mãos. É uma prestação de serviço em uma economia de mercado, assim como são oferecidas educação e saúde privadas.

Foi solicitado também que os profissionais narrassem o acesso das pessoas adultas em situação de rua à unidade em relação aos programas, projetos e serviços em funcionamento e que explicassem a relação entre os critérios estabelecidos e as condições sociais das pessoas em situação de rua que frequentavam a unidade. Os profissionais informaram como entraves: apresentação de documentação, vestuário adequado, comportamento na unidade, falta de endereço fixo, linguagem inadequada do usuário, falta de seguimento das orientações.

Algumas pessoas em situação de rua relataram vergonha de buscar atendimento na Unidade Básica de Saúde por conta de sua condição de higiene ou vestimentas malcuidadas. A pesquisa do MDS revela que 19% deles já foram proibidos de entrar em estabelecimentos públicos. Deve-se prestar especial atenção a ações de preconceito e negligência que possam ocorrer nos espaços públicos de atenção à saúde relacionada ao fato de o usuário viver na rua.

Martins (2002, p.20) afirma que os pobres vivenciam um processo de “nulificação” e são descartados nas relações cotidianas. É a forma como o processo de produção capitalista anula as pessoas, tratando-as como “coisas” ou objetos, e não mas como pessoas. Assim, a figura da pessoa em situação de rua é a figura do vagabundo, desvalido e inútil socialmente, que causa medo e estranhamento para a população em geral.

Ainda sobre se as metodologias dos projetos, programas e serviços da unidade alcançam as pessoas adultas em situação de rua, alguns profissionais optaram por não responder a esta questão, informando não saberem a resposta, ou por não conhecerem a metodologia dos programas ou por não saberem sobre as dificuldades que se relacionam ao acesso das pessoas em situação de rua.

As que responderam informaram:

**Figura XXII – Entrevista com profissionais por dificuldades no acesso**

*2. Não alcançam, é inadequada por dificuldades de encaminhamento do serviço.  
4. Eles não procuram médicos aqui na unidade, vêm para conversar com outros pacientes e usar o banheiro e só procuram quando “o calo está apertado”.  
5. Não alcançam, porque o sistema coloca pré-requisitos que eles não atendem.  
8. Não alcançam, mais por conta dos pacientes que não se ajudam.  
11. Não alcançam, eles são maltratados na rua e aqui também.*

Fonte: entrevista realizada na Unidade Ramiro de Azevedo em 2013.

Quanto à inclusão desses sujeitos no cadastro SUS da unidade, que se refere ao sistema de regulação do SUS<sup>55</sup> e Sisfarma, os profissionais avaliam que o acesso não é facilitado, e alguns justificam que eles têm de apresentar

<sup>55</sup> As bases cadastrais qualificadas e fidedignas (Cadsus e CNES), junto ao levantamento dos fluxos e ao diagnóstico epidemiológico, consistem num importante instrumento de regulação, pois não só subsidiam adequadamente o processo de planejamento das ações e o controle mais eficaz do processo assistencial, como também viabilizam os fluxos referenciados para a média e alta complexidades, permitindo a alocação adequada dos recursos assistenciais, com foco nas prioridades e na garantia da integralidade e das linhas de cuidado. Os cadastros, fluxos e o perfil epidemiológico, associados às ações de regulação do acesso, são ferramentas necessárias também para a garantia dos pactos de programação assistencial entre municípios, ou Programação Pactuada e Integrada (MS 2012).

documentos para acessar o direito à saúde. Verifica-se que, apesar das portarias, decretos e iniciativas distritais verbalizadas pelos gestores, as dificuldades operacionais e burocráticas dificultam e muitas vezes impedem o acesso, enfatizando que o tipo de inclusão que se opera é uma inclusão precária.

Quanto à inscrição no cadastro do SUS por meio do sistema de regulação, os profissionais relatam:

**Figura 23 – Entrevista com profissionais por inclusão das pessoas em situação de rua na regulação do SUS**

2. *Tem que ter o comprovante de residência ou utiliza o da unidade.*  
 4. *Não tem acesso facilitado, não está fácil para ninguém, quem dirá!*  
 6. *Não tem acesso facilitado, se não tiver o cartão SUS ou algum registro posterior no sistema, não tem como marcar consulta.*  
 7. *Não tem acesso facilitado, porque ninguém tem [...].*  
 8. *Não tem acesso facilitado a exames, RX, consultas nunca tem no sistema e quando chega não é suficiente para ninguém. Oftalmo, RX, fisioterapia [...].*  
 9. *Não tem acesso facilitado, porque não tem conhecimento das vagas disponíveis e pela burocracia [...].*  
 10. *Eles chamam a Samu, porque aqui precisa do cartão SUS.*  
 11. *Quando precisam de RX e não conseguem, mando para o Ibit e Octávio Mangabeira, pois tem um médico e uma enfermeira que trabalham lá, que facilitam o atendimento, pois a máquina daqui está quebrada. Depois da regulação, o acesso piorou, quando abre para marcar tem 300 pessoas na fila.*

Fonte: entrevista realizada na Unidade Ramiro de Azevedo em 2013.

Quanto ao cartão SUS, os profissionais avaliam que as pessoas em situação de rua não têm acesso facilitado, apesar de este ser um importante instrumento de acesso ao SUS, e comentam sobre os motivos.

**Figura 24 – Entrevista com profissionais por apresentação de documentos das pessoas em situação de rua**

4. *Tem que ter o RG, a maioria não tem cartão SUS, esquece idade, nome da mãe.*  
 6. *Só se tiver registro posterior [...].*  
 7. *Para os médicos da casa, é necessário algum documento; se não houver, manda para o Serviço Social.*  
 9. *A rede não está estruturada para atendimento integral; o médico atende, identifica hipertensão, e, se extrapolar seu atendimento, a rede não dá o suporte; e não é só o morador de rua [...].*  
 12. *Muitos têm passagem na polícia e somem depois do atendimento [...], é difícil porque exige cartão do SUS.*

Fonte: entrevista realizada na Unidade Ramiro de Azevedo em 2013.

Quanto à avaliação dos insumos existentes na unidade (medicação, preservativos, vacinas, exames, etc.), foi solicitado que os profissionais

mencionassem se eles eram acessados pelas pessoas em situação de rua: somente o 6 e o 11 não consideraram o acesso facilitado, os demais profissionais entrevistados responderam que, apesar da pouca procura, quando as pessoas em situação de rua procuravam os insumos, eles eram facilitados, e consideraram a unidade também com boa acessibilidade.

Segue abaixo a lista de documentos que precisam ser apresentados para se inserir no programa de tuberculose da unidade, que demonstra a inviabilidade de cumprimento dos requisitos formais exigidos e desenhados nos programas, projetos e serviços, estes são voltados para a população em geral, mas não consideram a especificidade da população em situação de rua.

**Figura 25 – Imagem de documentos solicitados no Ramiro de Azevedo para inscrição em programas**



Fonte: entrevista realizada na Unidade Ramiro de Azevedo em 2013.

Ao analisar as características apresentadas pelas pessoas em situação de rua nos grupos avaliados nas unidades, no que se refere ao tempo de rua, modos de vida, situação familiar e atividade que exercem, pode-se perceber um dissenso entre o discurso de reconhecimento de direitos e as políticas que não se refletem no seu cotidiano. A grande questão, como apresenta Martins (2007, p.124) é discutir a inclusão, para o autor: “O problema, portanto, não está na exclusão, o grave problema social e político é a inclusão”, [...] e pergunta: “Que inclusão a sociedade capitalista está propondo hoje?”. Silva (2009, p.175) assegura que até mesmo a saúde que tem princípios universalizantes mostra-se residual e restritiva [...]. Isso é possível de constatar ao analisar os critérios para inserção nos programas de saúde, que criam um vazio entre o direito instituído e universal e o acesso restrito a partir de

critérios que não atendem à realidade social das pessoas em situação de rua. Uma inadequação dos programas, projetos e serviços sociais que cria a seletividade na precariedade.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalização de um trabalho é sempre uma tarefa difícil, principalmente a partir de um tema como este, de extrema relevância social, gravidade e poucas possibilidades de contribuição da ciência para sua alteração. Deve-se reconhecer também que a trajetória de vida dessas pessoas é muito mais dinâmica e intensa do que o conteúdo apresentado nessas poucas páginas. Espera-se que as contribuições iniciadas com esta dissertação sejam aprimoradas, melhoradas e aprofundadas por outras pesquisas.

Nesta dissertação, foi apresentado o agravamento das condições de vida das pessoas em situação de rua, suas fragilidades, vulnerabilidades e pauperização crescente.

Ao analisar o acesso à saúde, por meio da revisão teórica e da pesquisa de campo empreendidas nas duas unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador, verificou-se que, apesar dos avanços políticos recentes, esse acesso não se efetiva de forma universalizada, como pretensamente se apresenta na Constituição Federal. Verificou-se que, para que isso ocorra, é necessário a efetivação de princípios fundamentais como a equidade e a integralidade na saúde, pois o grupo pesquisado demonstrou que este acesso não se efetiva, especialmente por não serem consideradas suas diferenças civis, culturais, econômicas e sociais.

Viu-se que a saúde é um direito fundamental à existência de qualquer ser humano e legalmente garantida “a todos”; porém, no caso das pessoas em situação de rua, isso é negado, considerando o baixo ou nenhum acesso delas aos serviços, projetos e programas de saúde.

Nesta dissertação, notou-se que a situação de rua é um processo que reflete o desemprego estrutural e a pobreza extrema, um dos seus principais elementos, e que, para mudar esse contexto, são necessárias a efetivação das políticas sociais e a articulação de forças de resistência que mobilizem o Estado, a família e a sociedade civil organizada para cumprirem suas responsabilidades.

Em relação às dificuldades de acesso à saúde pelas pessoas em situação de rua no Centro Histórico de Salvador, estas podem ser apresentadas a partir de três elementos verificáveis: o primeiro de ordem estrutural, relacionada ao processo histórico de industrialização brasileiro, que envolve a formação dos primeiros trabalhadores e suas origens históricas, bem como a existência de políticas sociais

tardias e que não se efetivam para pessoas em situação de rua no que se refere ao direito à saúde.

Esses entraves são de ordem estrutural, advindos dos processos econômicos e políticos, relacionados à implantação dos neoliberalismos, reestruturação produtiva, desemprego e precarização das formas de trabalho, inclusão precária, inerentes ao processo de acumulação capitalista, que gera riqueza e não a redistribui a todos, ao contrário, espolia a vida de trabalhadores. Imbricados nesse processo, existem interesses econômicos e diferenças de classes, tendo o Estado como seu maior responsável, porém exigindo a participação da sociedade e da família.

Isso se reflete nas dificuldades de acesso à saúde, com ausência de ações planejadas e serviços básicos para atenção à saúde deste público, dificuldades no acesso às consultas, exames e outros atendimentos específicos. A burocratização dos projetos, programas e serviços, os longos períodos de espera para consultas e a falta de estrutura e de pessoal são algumas das falhas que contribuem para a perpetuação do que efetivamente ocorre: iniquidades na saúde no acesso das pessoas em situação de rua.

A análise mostrou que os municípios brasileiros enfrentam com dificuldade o aumento do contingente de pessoas em situação de rua, reflexo da pobreza geral da população e do desemprego, pois não possuem estratégias para inclusão destes sujeitos aos mecanismos de proteção social, especialmente os de saúde.

A garantia de acesso ao direito à saúde no Brasil deveria resultar da criação de estratégias para a responsabilização sanitária partilhada entre os municípios, os estados e a União, para que, preferencialmente, os municípios organizassem e dessem atenção integral à saúde de forma sustentável.

Existe a necessidade de um planejamento de longo prazo e do desenvolvimento de diretrizes voltadas especificamente para a gestão do setor saúde. A tecnologia disponível para qualificar é o elemento político.

A política da saúde no Brasil, como visto, requer a participação cidadã, que implica, entre outros, a inclusão de novos sujeitos nos processos de decisão na saúde. Sobretudo segmentos de usuários que, por intermédio de conselhos e conferências, arranjos de cogestão do Estado, possam opinar sobre como tornar esta política mais equânime.

A construção de espaços coletivos e arenas decisórias para o processamento de interesses na formulação e gestão de políticas públicas é uma estratégia

importante de democratização do Estado e do acesso aos serviços de saúde. A produção ampliada de saúde depende, assim, da organização do sistema de saúde, que pressupõe a construção de redes de atenção articuladas em um território. Um território de saúde deve ser autossuficiente na organização e oferta de serviços de saúde, considerando, entre outros, a relação custo-efetividade; passam a vocalizar interesses e necessidades que, em alguma medida, passam a compor as políticas de saúde.

O segundo elemento dificultador é de ordem programática e relaciona-se às metodologias dos programas, a exigência formal para inclusão, falta de qualificação profissional, preconceito, discriminação, falta de intersetorialidade nas ações de referência e contrarreferência na rede de saúde, iniquidades nos desenhos dos projetos, programas e serviços com critérios restritos e burocráticos que não condizem com a realidade social das pessoas em situação de rua.

De modo geral, percebe-se que as dificuldades a serem enfrentadas versam sobre a falta de metodologias apropriadas às demandas deste público. As metodologias existentes não alcançam essa parcela da população, são incipientes, não apresentando respostas efetivas para estes problemas de saúde.

Os serviços de saúde fornecem orientações quanto à necessidade de adesão ao tratamento médico, armazenamento de medicações, regularidade de consultas médicas, que são inadequadas à especificidade de vida destes sujeitos. Faltam articulações entre as políticas sociais, nos encaminhamentos/referência e contra-referência, reforçada pela transitoriedade peculiar à situação de rua.

Os diversos profissionais que compõem a rede de atendimento mostram-se sem habilidade e capacitação para lidar com esse grupo populacional e entender o sofrimento social a que as pessoas em situação de rua são submetidas cotidianamente, talvez pela invisibilidade histórica de suas necessidades.

Existe o preconceito e a estigmatização nos atendimentos de saúde, construídos e reforçados historicamente pela associação situação de rua/violência. Sua condição física, social, mental, emocional e civil de falta de identificação pessoal também impede que estes sujeitos concretizem o acesso à saúde, enquanto direito universalizado.

O terceiro elemento que dificulta o acesso está relacionado a questões de ordem pessoal, à fragilidade e ruptura dos vínculos sociais, ao afastamento do convívio social, que elimina os projetos de vida e, assim, suas perspectivas para um



futuro. A identidade dos sujeitos e seu isolamento social, influenciado pelo estigma social, a invisibilidade do seu papel de trabalhador que interfere na sua forma de agir, pensar e sentir. A própria condição de existência na rua, a trajetória de vida, que reúne problemas como uso de álcool e outras drogas, transtornos psíquicos, mentais e carências afetivas ligadas a baixa autoestima, medo da violência e dificuldade de se organizar politicamente, apesar de iniciativas empreendidas pelo movimento de resistência e conquistas políticas, já iniciadas pelo movimento nacional de pessoas em situação de rua.

Na pesquisa, constatou-se que a partir das duas unidades de saúde no Centro Histórico de Salvador, no que se refere aos entraves para o acesso à saúde das pessoas em situação de rua, estes giram em torno da necessidade de ampliação da organização política desses sujeitos, para requisição e efetivação de direitos já instituídos, porém ainda não concretizados. Notou-se que, apesar da criação do Sistema Único de Saúde no bojo da Constituição de 1988, que garante a universalidade do direito à saúde, no que se refere ao acesso das pessoas em situação de rua e ao contexto analisado por esta dissertação, ela não se efetiva.

## REFERÊNCIAS

- ABIRP – Associação Brasileira de Indústria Recicladora de Papel. **Notícias – Revistas**. SP, 2008. Disponível em: <<http://www.abirp.org.br/>>. Acesso em: 18 fev. 2014.
- ALVES DA SILVA, Ademir. **A gestão da seguridade social brasileira**; entre a política pública e o mercado. São Paulo: Cortez, 2004.
- ARAÚJO, César. **Discursos de César de Araújo**. Salvador: Academia de Letras da Bahia. Secretaria da Cultura e Turismo. Egba, 1998.
- ATAÍDE, Yara Dulce Bandeira de. **Clamor do presente. História oral de famílias em busca de cidadania**. São Paulo: Loyola, 2002.
- BAHIA. Secretaria de Combate à Pobreza e às Desigualdades Sociais. **Diagnóstico sobre a População de Rua na Cidade do Salvador**. Salvador, 2002.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em Contra-Reforma**; desestruturação do Estado e perda de direitos. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008a.
- \_\_\_\_\_. **Trabalho e Seguridade Social percursos e dilemas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2008b.
- \_\_\_\_\_; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social no Brasil contemporâneo**: entre a inovação e o conservadorismo. In: **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo, Cortez, 2006.
- BELO HORIZONTE. **A População de Rua – Seminário sobre Políticas Públicas**. Belo Horizonte: Fórum da População de Rua, 1998.
- BERTOLLI, F. C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2006.
- BORIS, Marisa do Espírito Santo. **Desigualdades e Rupturas Sociais na Metrópole**: moradores de rua em São Paulo. Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, PUC-SP, 2003.
- BOSCHETTI, Ivanete. A política de Seguridade no Brasil. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/Abepss, 2007.
- BOURDIEU, Pierre. **A miséria do mundo**. São Paulo: Vozes, 1992.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde** – Brasília: Conass, 2011. 223 p.(Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 2011).

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Decreto s/nº, de 25 de outubro de 2006. **Institui o Grupo de Trabalho Interministerial para Elaboração da Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua**, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Orientações Técnicas: **Centro de Referência de Assistência Social**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional Censitária e Por Amostragem da População em Situação de Rua**. MDS, Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional para População em Situação de Rua**. MDS, Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. **Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Disponível em: <[www.mds.gov.br](http://www.mds.gov.br)>. Acesso em: 10 out.2011.

BRAVO, Maria I. S. A Política de Saúde na Década de 90: Projetos em Disputa. In: **Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro: UERJ/Hupe. Serviço Social, 1999.

\_\_\_\_\_. et al. (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 3.ed. São Paulo: Cortez. Brasília – DF: opas, OMS. Ministério da Saúde, 2008.

BULLA, L. C.; MENDES, J. M. R.; PRATES, J. C. **As múltiplas formas de exclusão social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

BURSZTYN, Marcel (org.). **No meio da rua: Nômades, Excluídos e Viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

\_\_\_\_\_; ARAÚJO, Carlos Henrique. **Da utopia à exclusão: vivendo nas ruas em Brasília**. Rio de Janeiro: Garamond, 1997.

BUSS, Paulo Marichiori; PELLEGRINI Filho, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Physis: **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007.

CARNEIRO JR., *et al.* **População de Rua**: necessidade de saúde e organização de serviços. Relatório final de pesquisa apresentado à Coordenação Nacional da Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul, Centro de Saúde – Escola da Barra Funda, São Paulo, 1996.

CARNEIRO JR., Nivaldo *et al.* **População de Rua**: necessidade de saúde e organização de serviços. Relatório final de pesquisa apresentado à Coordenação Nacional da Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul, Centro de Saúde – Escola da Barra Funda, São Paulo, 2004.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira de. Metrôpoles e Condições Sociais. In: Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra. **Anais eletrônicos**. Coimbra: UC, 2004. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/lab2004>>. Acesso em: 18 out.2011.

CARVALHO, Inaiá; PEREIRA, Gilberto Corso. **Como anda Salvador**. 2.ed. Salvador: Edufba, 2008.

CARVALHO. S. M. Diário de Campo. Salvador: UCSal. 2012/1 a 2013/2 Mímeo.

CASTEL, Robert. **A dinâmica de marginalização da vulnerabilidade a desfiliação**. Caderno do CDRH. Salvador, nº 26-27. 1997.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis, Vozes, 1996.

CASTRO, Manuel Manrique, **História do Serviço Social na América Latina**. Trad. José Paulo Netto, São Paulo: Cortez, 1984.

CEMPRE. Compromisso Empresarial para Reciclagem. Reciclagem: ontem, hoje e sempre. São Paulo: Cempre, 2009.

COHN, Amélia *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2010, p.67-133.

COSTA, Idalina Farias. **De lixo também se vive**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/ Massangana, 1996.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2004.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – princípios. In: CAMPOS, F. E., OLIVEIRA JR., M., TONON, L. M. (Org.). **Cadernos de Saúde 1**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

DEMO, Pedro. Metodologia Científica em Ciências Sociais. 3.ed. São Paulo. Atlas, 1981.

DI FLORA, Marilene Cabello. **Mendigos**: por que surgem, por onde circulam, como são tratados. Petrópolis: Vozes, 1987.

DURKHEIM, E. “A educação como processo socializador: função homogeneizadora e função diferenciadora”. In: PERREIRA, L.; FORACCI, M. A. **Educação e Sociedade**: leituras de sociologia da educação. São Paulo, Editora Nacional, 1987.

ECO, H. **Como se faz uma tese**. 19.ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

SCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde**: aspectos conceituais. <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>. Acessado em janeiro de 2011. 2005.

SCOREL, Sarah. **Vidas ao Léu – Trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Dissertação, Programa de Mestrado da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

FILHO, FRAGA, Walter. **Mendigos, Moleques e Vadios na Bahia do Século XIX**. São Paulo, Hucitec; Salvador, Edufba, 1996.

FÓRUM DA POPULAÇÃO DE RUA DE BELO HORIZONTE. **A População de Rua – Seminário sobre Políticas Públicas**. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal / Cese / Caritas / Ceris / Crea-MG, 1998.

GATTI, Bernadete. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber Livros, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1994.

GOHN, M. da G. **Novas teorias dos movimentos sociais**. São Paulo: Loyola, 2010.

HOBBSAWM. **Era dos Extremos**: o breve século XX 1914-1991. 2.ed. 27ª reimpressão. São Paulo/SP: Companhia das Letras, 1995.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 2004.

IANNI Octavio. **Pensamento Social no Brasil**. Cap.5. A Questão Social, Bauru, SP: Edusc, 2004.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Texto Para Discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Brasília**. Rio de Janeiro, 2009.

IVO, A. B. L. **A reconversão do social**: dilemas da redistribuição no tratamento focalizado. São Paulo em Perspectiva 2004.

KALOUSTIAN, Silvio (Org.). **Família brasileira**: a base de tudo. 9.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade**. São Paulo: Moraes, 1991.

LUCKACS, Geog. **A história e a consciência de classe**. Estudos sobre a dialética marxista. Tradução Ronei Nascimento. São Paulo: Fontes, 2003.

MAGNI, Cláudia Turra. **Desafortunados**: um estudo sobre o povo da rua. *Horiz. antropol.*, Jun. 2004, vol.10, nº 21, p.324-326. ISSN 0104-7183.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.

MARTINS, José de Souza. **A sociedade vista do abismo**. Novos estudos sobre a exclusão, pobreza e classes sociais. Vozes, 2002.

MARX K. **Manifesto do Partido Comunista**. Editorial Avante, Lisboa, Portugal. 1997. Disponível em: <www.marxists.com>. Acesso em: 20 maio.2012.

\_\_\_\_\_. **Miséria de la Filosofia**. Trad. J. Silva Dias e Maria Carvalho Torres. Porto: publicações Escorpião; 1975b.

\_\_\_\_\_. A Lei Geral de Acumulação Capitalista. In: **O Capital**. Livro I, 2.ed. São Paulo: Nova Cultura, 1985.

\_\_\_\_\_. **O Capital**. 3.ed. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 1975a.

\_\_\_\_\_. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo, Nova Cultural, 1988.

META Instituto de Pesquisa de opinião. **Relatório final**. Pesquisa Censitária e amostral. População em situação de rua, 2008.

MINAYO, Maria Cecília Sousa. **O desafio do conhecimento**. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Texto final de Mirian Gracie Plena, Miriam Giovanni, Márcia Totughi, Valéria Cristina da Silva e Pedro Gabriel Godinho Delgado. Ministério da Saúde/Convênio Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Brasília: Fiocruz, set. 2010.

\_\_\_\_\_. **Manual de Formação de Facilitadores.** Educação e Aconselhamento em Sexualidade, Saúde, Direitos Reprodutivos e HIV/Sida para Adolescentes e Jovens. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. PORTARIA nº 122, de 25 de janeiro de 2011. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.** Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).** BRASÍLIA, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua/Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DE BEM-ESTAR SOCIAL. **Lei Orgânica da Assistência Social.** Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

MINISTÉRIO do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Instituto Nenuca de Desenvolvimento Sustentável. **2º Censo da População de rua e análise qualitativa da situação desta população em Belo Horizonte.** Belo Horizonte, abril de 2006.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Pontifícia Universidade Católica de Recife, Universidade Federal de Pernambuco, Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, Organização de Auxílio Fraternal. **Censo e análise qualitativa da população em situação de rua na cidade do Recife.** Recife, 2005.

\_\_\_\_\_. **Relatório do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua.** Secretaria Nacional de Assistência Social. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Novembro de 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Novembro de 2007.

\_\_\_\_\_. **Rua:** aprendendo a contar; pesquisa nacional sobre população em situação de rua. Brasília; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social; 2011.

MIOTO, R. C. T. A centralidade da família na política de assistência social. **Revista de Políticas Públicas.** São Luís: Edufma, v. 8, nº1, p.133-143, jan/jun. 2004.

\_\_\_\_\_. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serv. Soc. Rev.,** Londrina, v. 12, nº 2, p.163-176, jan./jun. 2010.

MOTA, Ana Elizabete. A Centralidade da Assistência Social na Seguridade Social Brasileira nos Anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). **O Mito da Assistência Social**: ensaios sobre Estado, política e sociedade. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MOTA, Maria Elisabete Lima. **Ave Vagueira**. São Paulo: Edições Paulinas, 1986.

NOGUEIRA, Roberto Passos (organizador). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2004.

NOTÍCIAS do Povo da Rua. **Jornal O Trecheiro**. São Paulo: SP. Disponível em: <<http://www.rederua.org.br/trecheiros/2004/123.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2014.

OLIVEIRA, Francisco. **A economia Brasileira**: Crítica à razão dualista, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH)**. Genebra: 1980.

OURIQUES, C. Q. **Do Menino ao jovem adulto de rua portador de HIV/Aids: Um estudo acerca de sua condição e modo de vida**. Porto Alegre, 2005: FSS/PUCRS (Dissertação). 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. **Políticas de Saúde no Brasil**. Ver. Epidemiologia em saúde. nº 20.1994.

\_\_\_\_\_; SILVA, Lígia Maria Vieira da Silva. **IIBIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)** – versão ISSN 1518-1812 BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) v.12 nº 2, São Paulo, ago.2010

PASTORAL de Rua da Arquidiocese de Belo Horizonte. **Da reciclagem eu faço a vida, da vida eu faço a reciclagem**. Diagnóstico Participativo Urbano (DPU). Viaduto João Pinheiro. Belo Horizonte, 2003.

PASTORINI, Alejandra. **A Categoria Questão Social em Debate**. São Paulo: Cortez, 2004.

PAUGAM, Serge. **Desqualificação Social**: ensaio sobre a nova pobreza. São Paulo: Cortez: Educ, 2003.

\_\_\_\_\_. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: B. Sawaia (Org.). **As artimanhas da exclusão**: Análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

PIMENTEL, Edlene. **Uma nova questão social?** Raízes Materiais e Humanos Sociais do Pauperismo de Ontem e de Hoje. Edufal, 2007.

POCHMANN, Marcio. **Outra cidade é possível**: alternativas de inclusão social em São Paulo. São Paulo: Cortez, 2003.



PONTES, Reinaldo. **Mediação e serviço social**: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PORTO ALEGRE. **A rua invisível**. Porto Alegre: Secretaria Municipal da Cultura, 1993.

PRATES, Jane C. Metodologia de pesquisa para população de rua: alternativas de enfrentamento pelo poder local. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, ano XXI, nº 64, novembro de 2000.

\_\_\_\_\_; F. C. O planejamento da pesquisa social. **Revista Temporalis**. Porto Alegre, ABEPSS, nº 7, 2003a.

\_\_\_\_\_; PRATES, Jane Cruz; MACHADO, Simone Araújo. Populações em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. **Revista Temporalis**, Brasília, ano 11, nº 22, p.191-215, jul/dez. 2011.

\_\_\_\_\_. A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético-crítica de Inspiração Marxiana. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 2, dez. 2003. Textos & Contextos Revista Virtual Textos & Contextos, nº 2, ano II, dez. 2003b.

\_\_\_\_\_. **A igualdade formal e sua aplicabilidade prática**: Os descaminhos da dignidade atribuída ao negro brasileiro. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PRATES, F. **Adolescente Infrator**: A prestação de serviços à comunidade. Curitiba: Juruá, 2002.

PREFEITURA Municipal de Salvador. **Relatório da Pesquisa sobre a população em situação de rua no município de Salvador-BA**/Prefeitura Municipal de Salvador. Salvador: Programa Salvador Cidadania, 2009.

ROBERT, Castel. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

RODRIGUES, José Augusto; SILVA FILHO, Dario de Souza. **Perfis e Mapeamento de Populações de Rua do Rio de Janeiro**: padrões de sociabilidade e funções sócio-espaciais de usos da rua. Relatório Final. Departamento de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Faperj/UERJ, 1999.

ROSA, Cleisa Moreno Maffei (Org.). **População de rua**: Brasil e Canadá. São Paulo: Hucitec, 1995.

ROSANVALLON, Pierre. A nova questão social: Repensando o Estado Providência. Tradução de Sergio Bath. Instituto Teotônio Vilela. Brasília, 1995.

SAINDO das ruas. **Revista OCAS – Organização Civil de Ação Social**. Disponível em: <http://www.ocas.org.br/>. Acesso em: 12 jan.2014.

SANTOS, M. L. C. **Cidades de plástico e papelão: o habitat informal dos moradores de rua em São Paulo, Los Angeles e Tóquio**. São Paulo, 2003. Tese (livre-docência) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO (MUNICÍPIO). Prefeitura de São Paulo. **Dossiê sobre a população moradora de rua na cidade de São Paulo**. Secretaria Municipal do Bem-Estar Social, abr.1990.

SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

CIDADE DE SÃO PAULO: procedimentos metodológicos e resultados. **Revista Economia Aplicada**, 5 (4), pp.861-883, São Paulo, 2001.

SCHUCH, Patrice. **A rua em movimento: Debate acerca da população adulta em situação de rua na Cidade de Porto Alegre**. Fasc. Porto Alegre – 2012.

SECRETARIA de Assistência Social (SAS), Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe). **Relatório final – Estimativa do número de moradores de rua e estudo dos resultados obtidos com o SIS rua**. São Paulo: SAS, 2003.

\_\_\_\_\_. **Estudo da rede de albergues conveniados com a SMADS**. SMADS, 2006.

\_\_\_\_\_. **Estimativa do Número de Pessoas em Situação de Rua da Cidade de São Paulo em 2003**. SAS, 2003.

\_\_\_\_\_. **Primeiro Censo dos Moradores de Rua da Cidade de São Paulo**. São Paulo: SAS, 2000.

SECRETARIA Municipal de Planejamento de Belo Horizonte. **1º Censo de população de rua de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 1998.

SECRETARIA de Assistência Social (SAS), Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe). **Relatório final – Estimativa do número de moradores de rua e estudo dos resultados obtidos com o SIS rua**. São Paulo: SAS, 2003.

\_\_\_\_\_. **Estudo da rede de albergues conveniados com a SMADS**. SMADS, 2006.

\_\_\_\_\_. **Estimativa do Número de Pessoas em Situação de Rua da Cidade de São Paulo em 2003**. SAS, 2003.

\_\_\_\_\_. **Primeiro Censo dos Moradores de Rua da Cidade de São Paulo**. São Paulo: SAS, 2000.

SECRETARIA Municipal de Planejamento de Belo Horizonte. **1º Censo de População de Rua de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 1998.

SEN, A. **Desigualdade reexaminada**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVA, M. E. L. N. S. **Registrar, orientar, controlar**: O Dispensário Ramiro de Azevedo e as ações contra a tuberculose na Bahia. XXVII Simpósio Nacional de História. Natal 2013.

SILVA, Maria Lúcia Lopes. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SNOW, David; ANDERSON, Leon. **Desafortunados**: um estudo sobre o povo de rua. Petrópolis: Vozes, 1998.

SIMMEL, G. **Les Pouvres**. Paris: Presses Universitaires de France, 1907.

SOUZA, R. O; SALES, M. A.; CASTRO, M. C.; LEAL M. C. (Orgs.). **Participação e controle social**. In: Política Social, família e juventude: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004.

SPOSATI, Aldaisa de Oliveira *et al.* **Os direitos (dos desassistidos) sociais**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. **Cidade em Pedacos**. São Paulo: Brasiliense, 2001.

\_\_\_\_\_. **Liminaridade, bebidas alcoólicas e outras drogas**: funções e significados entre moradores de rua. Doutorado, Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, USP, 2008.

\_\_\_\_\_. Os mais excluídos entre os excluídos. In: A POPULAÇÃO de rua: seminário sobre políticas públicas, 1998, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Fórum de População de Rua de Belo Horizonte, 1999.

\_\_\_\_\_. **Vidas de Rua**. São Paulo: Hucitec: Rede Rua, 2005.

SUPERINTENDÊNCIA de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia – SEI. **Centro Antigo de Salvador – CAS (Livro eletrônico de referência)**. Salvador, 2013.

TELLES, V. S. **Direitos Sociais**. Afinal de que se trata? Belo Horizonte: UFMG, 1999.

THOMPSON, E. P. **A Formação da Classe Operária Inglesa**. Tradução Denise Botman. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987.

TOCQUEVILLE, A. de. **Mémore sur Le peupérisme**. Oeuvres complètes. Mélanges: 1853.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V.; CARVALHO, A. I.; NORONHA, J. C. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

VARANDA, W. **Do direito a vida à vida como direito**: sobrevivência, intervenções e saúde de adultos destituídos de trabalho e moradia nas ruas da cidade de São Paulo. São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado em saúde pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, A. Elizabete *et al.* (orgs.). **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

VELHO, Gilberto; ALVITO, Marcos (Orgs.). Cidadania e Violência. Rio de Janeiro: UFRJ/FGV, 1996.

VIANA, S. M.; NUNES, A.; BARATA, R. B.; SANTOS, J. R. S. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília, Ipea/Opas, 2001.

VIEIRA, M. A. C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. **População de rua**: quem é, como vive, como é vista. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

WALDMAN, Mauricio. **Lixo. Cenários e desafios**: abordagem básica para entender os resíduos sólidos. São Paulo: Cortez, 2010.

WHITEHEAD, M. et al **Desafío a la falta de Equidad en la Salud**: de la ética a la acción. Fundación Rockefeller: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica y Técnica nº 585, 1992.

ZALUAR, Alba *et al.* Essas pessoas a quem chamamos população de rua. **Cadernos do CEAS**, Salvador, nº 151, p.22-41, maio/1994.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – ROTEIRO NÃO ESTRUTURADO PARA OBSERVAÇÃO DIRETA, QUANTO AO ATENDIMENTO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NAS UNIDADES DE SAÚDE PESQUISADAS, ONDE BUSCARÁ LEVANTAR COMO SE DÁ O ATENDIMENTO DAS PESSOAS ADULTAS EM SITUAÇÃO DE RUA PELOS SETORES DA UNIDADE**

Formas de registro com anotações **Diário de campo**.

**Categorias operacionais que nortearão a observação:** acolhimento dos funcionários, aspectos relacionados a preconceito e discriminação, linguagem acessível a estas pessoas, medos, demonstrados e externados.

**APÊNDICE B – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS – PERFIL PSICOSSOCIAL CLÍNICO E SOCIOECONÔMICO DAS PESSOAS ADULTAS EM SITUAÇÃO DE RUA ATENDIDAS NA UNIDADE (UNIDADE A – SÃO FRANCISCO) 2011\2013. FONTE: PRONTUÁRIOS, RELATÓRIOS E DADOS DOS SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE – SIS E PRONTUÁRIOS SOCIAIS)**

**1 Identificação**

1.1 Sexo

1.2 Idade

1.3 Cor

1.4 Escolaridade

1.5 Estado civil

1.6 Último endereço fixo

**2. Situação socioeconômica**

2.1 Trabalha: ( ) sim ( ) não

**2.1.1 Atividade que exerce para ganhar dinheiro:**

( ) pedinte ( ) flanelinha ( ) engraxate ( ) guardador de carro ( ) outros, qual \_\_\_\_\_

**2.1.2 Renda mensal** \_\_\_\_\_

**2.1.3 Já teve emprego formal**

( ) sim ( ) não

2.1.3.1 Há quanto tempo \_\_\_\_\_

**2.1.4 Recebe benefício assistencial**

( ) sim ( ) não

2.1.4.1 Qual \_\_\_\_\_

### 3 Referência familiar

Realiza contato com família: ( ) sim ( ) não. Parentesco \_\_\_\_\_

Conta com apoio de alguém: ( ) sim ( ) não. Quem \_\_\_\_\_. Qual tipo de apoio \_\_\_\_\_

Possui outros vínculos sociais: ( ) sim ( ) não. Quem \_\_\_\_\_

### 4 Situação de rua

Tempo de rua: ( ) mais de 1 ano, quantos \_\_\_\_\_ ( ) dias, quantos \_\_\_\_\_

( ) semanas, quantas \_\_\_\_\_ ( ) meses, quantos \_\_\_\_\_

Local onde fica \_\_\_\_\_

### 5 Motivo da situação de rua

( ) uso de drogas ( ) conflito familiar ( ) desemprego ( ) pobreza ( ) doença mental ( ) outros, qual: \_\_\_\_\_

### 6 Dados de saúde / acesso

6.1 Problemas de saúde apresentado

6.2 Dificuldades para o tratamento

6.3 Observações sobre o acesso à unidade



**APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM 10 PESSOAS ADULTAS EM SITUAÇÃO DE RUA ATENDIDAS NO ANO DE 2013 NA UNIDADE B – RAMIRO DE AZEVEDO. CRITÉRIO DE SELEÇÃO:** MORAR NA RUA E CIRCULAR NO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR; VÍNCULOS FAMILIARES ROMPIDOS, TER MAIS DE 18 ANOS, JÁ TER UTILIZADO OU TENTADO UTILIZAR A REDE DE SAÚDE MUNICIPAL DO DISTRITO SANITÁRIO CENTRO HISTÓRICO. (FONTE PRIMÁRIA)

Entrevistado: ( ) alfabetizado ( ) não alfabetizado

## **1 Dados de identificação**

1.1 Sexo

1.2 Idade

1.3 Cor

1.4 Escolaridade

1.5 Estado civil

1.6 Último endereço fixo

## **2 Situação socioeconômica**

2.1 Trabalha: ( ) sim ( ) não

### **2.1.1 Atividade que exerce para ganhar dinheiro:**

( ) pedinte ( ) flanelinha ( ) engraxate ( ) guardador de carro ( ) outros, qual:

\_\_\_\_\_

**2.1.2 Renda mensal** \_\_\_\_\_

### **2.1.3 Já teve emprego formal**

( ) sim ( ) não

2.1.3.1 Quanto tempo \_\_\_\_\_

### 2.1.4 Recebem benefício assistencial

( ) sim ( ) não

2.1.4.1 Qual \_\_\_\_\_

### 3 Referência familiar

Realiza contato com família: ( ) sim ( ) não. Parentesco \_\_\_\_\_

Conta com apoio de alguém: ( ) sim ( ) não. Quem \_\_\_\_\_

Possui outros vínculos sociais: ( ) sim ( ) não. Quem \_\_\_\_\_

### 4 Situação de rua

Tempo de rua: ( ) mais de 1 ano, quantos \_\_\_\_\_ ( ) dias, quantos \_\_\_\_\_

( ) semanas, quantas \_\_\_\_\_ ( ) meses, quantos \_\_\_\_\_

Local onde fica \_\_\_\_\_

### 5 Motivo da situação de rua

( ) uso de drogas ( ) conflito familiar ( ) desemprego ( ) pobreza ( ) doença mental ( )  
se outros, qual \_\_\_\_\_

### 6 Dados de saúde / acesso

Perguntas-chave:

– O que é saúde para você? (*valor saúde e autocuidado*)

---



---

– Qual a relação rua e saúde (*associações rua e saúde, mudanças de atitudes, consciência de riscos*)

---



---

– Você procurou os serviços de saúde para quê? (*utilização do serviço, com quais prioridades*)

---



---

– O que esperaria ter e por quê

---



---

– Como é usar os serviços de saúde quando se está na rua? (*identificar entraves*)

---

---

– O que é fácil? (identificar fatores facilitadores, mecanismos de superação)

---

---

– O que é difícil? (identificar entraves)

---

---

– Por que é difícil? (conhecimento de direitos)

---

---

**APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA UNIDADE B – RAMIRO DE AZEVEDO: 1 PSICÓLOGA, 2 ENFERMEIROS, 4 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, 1 MÉDICO, 1 FARMACÊUTICO, 1 AJUDANTE DE FARMÁCIA 4 RECEPCIONISTAS**

**1. Dados de identificação**

1.1 Data:

1.2 Nome fantasia:

1.3 Tipo de serviço: ( ) atendimento de nível superior ( ) atendimento de nível médio

**2. Percepção do entrevistado quanto ao atendimento de pessoas em situação de rua na unidade:**

**2.1 Quanto à frequência** (responda como percebe o fluxo de atendimento de pessoas em situação de rua nesta unidade, quanto a frequência e quantidade)

( ) se diariamente, quantos atendidos em média \_\_\_\_\_

( ) se semanalmente, quantos atendidos em média \_\_\_\_\_

( ) se mensalmente, quantos atendidos em média \_\_\_\_\_

Observação:

**2.1.1 Avalie quanto ao atendimento dispensado pelos funcionários:**

( ) bom ( ) ruim ( ) regular ( ) ótimo

Explique sua resposta

2.1.1.1 Avalie a qualificação dos profissionais da unidade para o atendimento a pessoas em situação de rua (a pergunta refere-se ao uso frequente de substâncias psicoativas, entendimento da situação socioeconômica, linguagem acessível dos profissionais):

( ) são preparados ( ) não são preparados. Explique

**2.1.2 Percepção do entrevistado quanto ao acesso das pessoas adultas em situação de rua à unidade**

2.1.2.1 Informe quais programas, projetos e serviços estão em funcionamento na unidade

2.1.2.2 Quanto aos critérios para participar dos programas, projetos e serviços da unidade, avalie aqueles que não são atendidos pelas pessoas em situação de rua que frequentam a unidade (múltipla escolha)

( ) apresentação de documentos ( ) endereço fixo ( ) vestuário adequado do usuário ( ) linguagem adequada do usuário ( ) comportamento na unidade ( ) seguimento das orientações de saúde ( ) outros

( ) outros quais \_\_\_\_\_

Explique sua resposta \_\_\_\_\_

2.1.2.3 Avalie se as metodologias dessas ações (projetos, programas e serviços da unidade) alcançam as pessoas adultas em situação de rua na unidade.

( ) sim ( ) não, porque\_\_\_\_\_. Explique\_\_\_\_\_

### **2.1.3 Avalie a inclusão desses sujeitos no cadastro SUS da unidade**

2.1.3.1 Sistema de regulação: ( ) tem acesso facilitado ( ) não tem acesso facilitado.

Explique

2.1.3.2 Sisfarma: ( ) tem acesso facilitado ( ) não tem acesso facilitado. Explique

2.1.3.3 Cartão SUS: ( ) tem acesso facilitado ( ) não tem acesso facilitado. Explique

### **3 Acessibilidade à unidade**

3.1 Avalie a acessibilidade da unidade quanto à localização para as pessoas adultas em situação de rua (o local onde funciona; estrutura, se horizontal ou vertical):

( ) facilitado ( ) não facilitado. Explique

3.2 Avalie se os insumos existentes na unidade (medicação, preservativos, vacinas, exames, etc.), são acessados por esses sujeitos:

( ) sim, de forma facilitada ( ) não acessam ( ) sim, mas não é facilitado. Explique sua resposta\_\_\_\_\_

**APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM SEIS GESTORES DA SECRETARIA DA SAÚDE MUNICIPAL E ESTADUAL; SECRETARIA DA JUSTIÇA E DIREITOS HUMANOS; ONGS QUE ACOLHEM PESSOAS ADULTAS EM SITUAÇÃO DE RUA; SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL MUNICIPAL E ESTADUAL**

**1. Identificação**

Data da entrevista:

Área de atuação da instituição:

Origem ( ) municipal ( ) estadual ( ) federal ( ) ONGs

**2. Acesso a proteção social: direitos sociais**

2.1 O que vem sendo feito neste órgão para as pessoas em situação de rua (políticas, leis municipais, programas, projetos, benefícios, decretos. Especifique o número de lei e decreto e o ano de validade).

2.2 Avalie os critérios para a inserção das pessoas em situação de rua a esta política.

2.3 Quais os recursos disponíveis nesta instituição para ações com pessoas em situação de rua.

2.3.1 Quanto aos recursos disponíveis e à cobertura do contingente de PASR, você avalia que estes recursos são: ( ) suficientes ( ) insuficientes. Explique.

2.4 Avalie os entraves para a efetivação das políticas sociais, direitos sociais, civis e políticos para as pessoas adultas em situação de rua.

2.4.1 Descreva os avanços.

Observação:

**APÊNDICE F – ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL PESSOAS ADULTAS EM SITUAÇÃO DE RUA**

Data:

Perguntas-chave:

- O que é saúde para você? (*valor saúde e autocuidado*)
- Qual a relação rua e saúde (*associações rua e saúde, mudanças de atitudes, consciência de riscos*)
- Você procurou os serviços de saúde para quê? (*utilização do serviço, com quais prioridades*)
- Como é usar os serviços de saúde quando se está na rua? (*identificar entraves*)
- O que é fácil? (*identificar fatores facilitadores, mecanismos de superação*)
- O que é difícil? (*identificar entraves*)
- Por que é difícil? (*conhecimento de direitos*)

## APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DAS UNIDADE BÁSICAS DE SAÚDE E GESTORES



**Universidade Católica do Salvador**

Superintendência de Pesquisa e Pós-graduação

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento vem solicitar a sua participação em um projeto de pesquisa de Mestrado vinculado à Universidade Católica do Salvador, intitulado: **“OS DITOS SEM”**: **ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO ADULTA EM SITUAÇÃO DE RUA**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Sandra Moreira Costa de Carvalho**, telefone **(71) 8758-0393**, e da orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **INAÍÁ MARIA M. DE CARVALHO**, (71) **3203-8967**.

O **objetivo** da pesquisa é investigar, a partir de duas unidades básicas de saúde do Centro Histórico de Salvador: unidades São Francisco e Ramiro de Azevedo, os entraves para o acesso à saúde das pessoas adultas em situação de rua; verificar quais estratégias governamentais vêm sendo adotadas na Bahia para a inclusão destas pessoas nos mecanismos de proteção social e de atendimento à saúde; também quer entender se existe ou não o acesso destas pessoas em situação de rua a projetos, programas e serviços de saúde e quais as dificuldades de natureza civil, cultural e social que tensionam ou dificultam a garantia de seus direitos.

Trata-se de um estudo qualitativo, que envolverá, nas unidades descritas, técnicas de observação, pesquisa documental, grupo focal, entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e pessoas adultas em situação de rua (acima de 18 anos). Fora das unidades também entrevistará seis gestores (representantes da Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos; secretarias da Saúde do Estado e Município; e ONGs de atendimento a essas pessoas).

A sua colaboração é fundamental, já que, apesar de sua participação neste estudo não lhe oferecer um benefício imediato, você poderá colaborar, no futuro, para um atendimento mais qualificado a esses sujeitos nas instituições de atendimento, bem como possibilitar a produção de conhecimento que pode subsidiar as políticas de inclusão social e de saúde para eles. É importante que você saiba que este trabalho é independente dos atendimentos prestados nestes locais, e por isso não haverá prejuízo, caso decida não participar. Caso participe, no entanto, ressaltamos que a equipe envolvida nesta pesquisa garante aos participantes todos os esclarecimentos e os encaminhamentos necessários.

O entrevistado tem o direito e a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; garantia de privacidade à sua identidade por meio de sigilo e anonimato; garantia de receber cópia do TCLE assinado.

Os resultados finais da pesquisa serão enviados ao pesquisado ou, se este não for localizado, estarão disponíveis na Universidade a partir de julho de 2014 e permanecerão confidenciais. O nome ou o material que indique a participação do entrevistado não será liberado sem a devida permissão. O entrevistado não será



identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A participação na pesquisa não acarretará custos para você, como também não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional.

Em caso de dúvidas, poderá entrar em contato com a Coordenação do Mestrado de Política Social e Cidadania **da Universidade Católica de Salvador, sita na Av. Cardeal da Silva, 205 – Federação**, CEP: 40.231-902, Salvador – BA, **telefone (71) 3203-8967**, ou com a própria pesquisadora **Sandra Moreira Costa de Carvalho, telefone (71) 8758-0393**, na Rua Carlos Gomes, s/n – Centro.

Eu,.....(sujeito ou responsável), abaixo assinado, tendo recebido todos os esclarecimentos acima citados e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa.

DATA:\_\_\_/\_\_\_/2013

Assinatura do(a) entrevistado(a):

---

Assinatura da entrevistadora:

---

## APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESSOAS ADULTAS EM SITUAÇÃO DE RUA



**Universidade Católica do Salvador**

Superintendência de Pesquisa e Pós-graduação

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento vem pedir a sua participação em um projeto de pesquisa de Mestrado ligado à Universidade Católica do Salvador, que tem o nome: **“OS DITOS SEM”: ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO ADULTA EM SITUAÇÃO DE RUA**. As pessoas responsáveis são: **Sandra Moreira Costa de Carvalho**, telefone **(71) 8758-0393**, e a orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> **INAIÁ MARIA M. DE CARVALHO**, (71) telefone **3203-8967**.

O **objetivo** da pesquisa é investigar, a partir de duas unidades de saúde do Centro Histórico de Salvador: unidades São Francisco e Ramiro de Azevedo, as dificuldades para as pessoas adultas em situação de rua utilizarem o serviço de saúde; verificar o que as ações governamentais vêm fazendo na Bahia para a inclusão destas pessoas nas várias políticas; entender se as pessoas em situação de rua conseguem entrar nos projetos, programas e serviços de saúde; e quais as dificuldades que encontram nessa utilização.

Trata-se de um estudo que realizará: observação, pesquisa documental, grupo focal, entrevistas com profissionais de saúde e pessoas adultas em situação de rua (acima de 18 anos); entrevistas com seis gestores (representantes da Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos; secretarias da Saúde do Estado e Município; e ONGs de atendimento a essas pessoas).

A sua colaboração é fundamental, já que, apesar de sua participação neste estudo não lhe oferecer um benefício imediato, você poderá colaborar, no futuro, para um atendimento melhor nas instituições, bem como possibilitar produção de conhecimento para fortalecer as políticas de inclusão social para pessoas em situação de rua. É importante que você saiba que este trabalho é independente dos atendimentos prestados nestes locais, e por isso não haverá prejuízo, caso decida não participar. Caso participe, no entanto, a equipe envolvida nesta pesquisa garante aos participantes todos os esclarecimentos e os encaminhamentos necessários.

Os casos que necessitem de apoio psicológico serão encaminhados para terapia breve na Clínica Clifar, localizada no Canela, telefones: 3336-2030, 3336-8202, 3336-2258, ou na Unidade São Francisco, sita Av. José Duarte, s/n, Tororó.

O entrevistado tem o direito e a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; garantia de privacidade à sua identidade por meio de sigilo e anonimato; garantia de receber cópia deste documento assinada pelo sujeito da pesquisa e pelo pesquisador.

Os resultados finais da pesquisa serão enviados ao pesquisado ou, se este não for localizado, estarão disponíveis na Universidade a partir de julho de 2014 e permanecerão confidenciais. O nome ou o material que indique a participação do entrevistado não será liberado sem a devida permissão. O entrevistado não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A participação na pesquisa não acarretará custos para você, como também não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Em caso de dúvidas, poderá entrar em contato com a Coordenação do Mestrado de Política Social e Cidadania **da Universidade Católica do Salvador, sita na Av. Cardeal da Silva, 205 – Federação**, CEP: 40.231-902, Salvador - BA. **Tel.: (71) 3203-8967** e com a própria pesquisadora **Sandra Moreira Costa de Carvalho, tel.: (71) 8758-0393**, na Rua Carlos Gomes, s/n – Centro.

Eu,.....(sujeito ou responsável), abaixo assinado, tendo recebido todos os esclarecimentos acima citados, e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa.

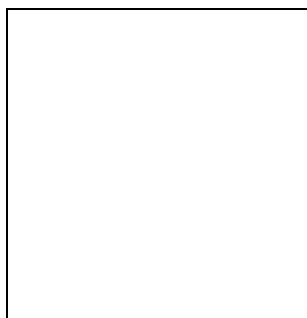
DATA:\_\_\_/\_\_\_/2013

---

Concordo em participar desta pesquisa.

Espaço para assinatura ou para impressão dactiloscópica

---



**ANEXOS**

## ANEXO 1 – PARECER

SECRETARIA DA SAÚDE DO  
ESTADO DA BAHIA - SESAB



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** OS DITOS SEM:  
ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

**Pesquisador:** SANDRA MOREIRA COSTA DE CARVALHO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 19664013.5.0000.0052

**Instituição Proponente:** Universidade Católica do Salvador

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 394.812

**Data da Relatoria:** 11/09/2013

**Apresentação do Projeto:**

O Projeto de Pesquisa tem como tema o acesso à saúde das pessoas adultas em situação de rua, sendo descrito como objeto a análise dos entraves no acesso à saúde, a partir da realidade das pessoas adultas em situação de rua que circulam no Centro Histórico de Salvador. O projeto apresenta uma vasta revisão bibliográfica referente ao tema, contextualizando e caracterizando essas pessoas, a partir da problemática social e da constituição de direitos sociais. Enfoca a situação específica da saúde, tendo como pressuposto a não qualificação dos profissionais de saúde para atendimento adequado a essa parcela da população, além de considerar que esses são invisíveis ao Sistema de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um estudo qualitativo, que envolverá duas unidades básicas de saúde do Centro Histórico de Salvador. Na UBS-A, será realizada pesquisa documental (relatórios, prontuários, sistema de informação e prontuários sociais) para identificar o perfil psicossocial clínico e sócio econômico das Pessoas Adultas em Situação de Rua atendidas na UBS; em uma das UBS (não esclarece qual) serão realizadas entrevistas semi estruturadas com 14 profissionais de saúde; Na UBS - B serão realizadas entrevistas semi estruturadas com 10 pessoas adultas (acima de 18 anos) em situação de rua, atendidas pela unidade de saúde; Serão realizados três grupos focais com Pessoas Adultas em Situação de Rua em uma das unidades de saúde (não esclarece qual das unidades); e serão:

**Endereço:** R. Conselheiro Pedro Luiz, 171  
**Bairro:** Rio Vermelho **CEP:** 41.850-610  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3334-1888 **Fax:** (71)3116-5333 **E-mail:** sesab.cep@saude.ba.gov.br

SECRETARIA DA SAÚDE DO  
ESTADO DA BAHIA - SESAB



Continuação do Parecer: 394.812

entrevistados 06 gestores (representantes da Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos; Secretarias da Saúde do Estado e Município; e ONGs de atendimento a essas pessoas) com a finalidade de reconhecer os mecanismos de proteção social e de saúde. Também serão realizadas observações sobre o atendimento em uma das unidades. É um projeto de Mestrado vinculado à Universidade Católica do Salvador.

**Objetivo da Pesquisa:**

Investigar, a partir das unidades básicas, os entraves para o acesso à saúde das pessoas adultas em situação de rua, que circulam no Centro Histórico de Salvador.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o pesquisador a pesquisa não apresenta riscos. Contudo, pode-se destacar alguns riscos como a identificação dos entrevistados profissionais e gestores, considerando que em ambos os roteiros busca-se identificar o nome e outras características dos entrevistados. Isto pode representar receio de perda de vínculo empregatício ou represália por parte da instituição.

Como benefícios se refere à produção de conhecimentos que pode subsidiar as políticas de inclusão social para estes sujeitos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo relevante considerando a temática voltada para analisar a situação de atendimento à saúde à grupo de pessoas tidas historicamente excluídas da sociedade, com possibilidades de refletir como se dá na prática o desenvolvimento de políticas sociais, no caso o atendimento a necessidades de saúde. Destaca-se o cuidado em aprofundar o estudo a partir da seleção dos métodos indicados, para fins de conclusões mais aproximadas da realidade. Também há preocupação com a não identificação dos sujeitos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram encaminhados.

**Recomendações:**

Nada digno de nota

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há inadequações ou pendências que inviabilizem a realização deste estudo.

Endereço: R. Conselheiro Pedro Luz, 171  
Bairro: Rio Vermelho CEP: 41.950-610  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3334-1888 Fax: (71)3116-5333 E-mail: sesab.cop@saude.ba.gov.br

SECRETARIA DA SAÚDE DO  
ESTADO DA BAHIA - SESAB



Continuação do Parecer: 394.812

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da SESAB após apreciação quanto à dimensão ética do Projeto "OS DITOS SEM: ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA" considera que foram solucionadas as pendências e que as modificações apresentadas contemplam as inadequações apontadas pelos conselheiros, especialmente no que refere ao TCLE e roteiro de entrevista. Deve-se ressaltar ainda o compromisso e responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Assim, este projeto de pesquisa contempla todos os aspectos exigidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

SALVADOR, 13 de Setembro de 2013

Assinador por:

**CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA**  
(Coordenador)

Endereço: R. Conselheiro Pedro Luiz, 171

Bairro: Rio Vermelho

CEP: 41.950-810

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3334-1888

Fax: (71)3115-5333

E-mail: sesab.cep@saude.ba.gov.br

## ANEXO 2 – OFÍCIO



Secretaria Municipal de Saúde  
 Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde  
 Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal

Salvador, 19 de setembro de 2013.  
 Ofício n.º 135/2013

Senhor Coordenador,

Encaminhamos a V.S.<sup>a</sup> a mestranda Sandra Moreira Costa de Carvalho, do Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, para coletar dados relevantes ao estudo *Os ditos sem: Acesso aos serviços de saúde pela população em situação de rua*, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inaiá Maria Moreira Carvalho. Esses dados serão coletados mediante a aplicação de entrevista semi-estruturada, observação direta, grupo focal e levantamento em prontuários sócioclínicos desses sujeitos, tendo como campo de pesquisa as seguintes unidades: 2º Centro de Saúde Ramiro de Azevedo e Unidade de Saúde São Francisco. Informamos que esse projeto foi analisado pela Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal da SMS e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Salientamos ainda que, após a conclusão do estudo, a pesquisadora deverá apresentar à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal cópia do produto da pesquisa, bem como comprometer-se a apresentá-la à Secretaria Municipal da Saúde, caso seja solicitada.

Cordialmente,

  
 Maria do Socorro Tanure Telles  
 Coordenadora da CGPS/SMS

  
 Emanuel M Silva Palma  
 Técnico/CGPS/Capacitação/SMS

Ilmo. Sr.  
 Dr. Raimundo Messias Leal de Carvalho  
 MD. Coordenador do Distrito Sanitário Centro Histórico  
 NESTA.

Rua da Grécia, Edº Caramuru nº. 03, Comércio,  
 Tel.: 3186-1087/1078/1075.

24.09.2013  
 A Gerente do  
 Distrito de Aze-  
 vedo, of. de  
 encaminhado por  
 Valdinéia, em 23-09  
 Valdinéia

Valdinéia R. Marés  
 Chefe Administrativo do  
 Rec. Humanos Mar, 983775